

015/06
Hid
p

PENINGKATAN RELASI SOSIAL DENGAN SOCIAL SKILL THERAPY PADA PENDERITA SCHIZOPHRENIA KATA TONIK

TUGAS AKHIR

**Diajukan Sebagai Persyaratan
Memperoleh Gelar Magister Profesi Psikologi
Mayorang Psikologi Klinis**



Diajukan Oleh :

**DIANA SAVITRI HIDAYATI, S.Psi
090315179 M**

**Program Profesi Magister Psikologi
Fakultas Psikologi
Universitas Airlangga
Surabaya**

Semester Genap 2005/2006



HALAMAN PERSETUJUAN

Tugas Akhir ini telah disetujui untuk diujikan pada
Sidang Ujian Tugas Akhir

Pembimbing Kedua

I. Sanny P. Wardhana, S.Psi., psi.

NIP 132 300 880

Pembimbing Pertama

Nurul Hartini, S.Psi., M.Kes

NIP132 161 192



HALAMAN PENGESAHAN

Tugas Akhir ini telah dipertahankan pada
Sidang Ujian Tugas Akhir pada
hari Rabu tanggal 30 bulan Agustus tahun 2006,
dengan susunan Dewan Penguji :

Anggota

Nurul Hartini, S.Psi., M.Kes
NIP 132 161 192

Anggota

I. Sanny P. Wardhana, S.Psi., psi.
NIP 132 300 880

Anggota HIMPSI

Drs. Eppy R. Sapri, M.Si

Ketua

Dra. Woelan Handadari, M.Si
NIP 131570354

Sekretaris

Drs. Duta Nurdibyanandaru, M.S
NIP 131411101

Program Profesi Magister Psikologi
Fakultas Psikologi Universitas Airlangga
Ketua Program



Drs. E.M.A. Subekti, M.Kes., M.Psi
NIP 130 937 723



LEMBAR PERNYATAAN

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Tugas Akhir yang saya susun ini merupakan hasil karya tulis saya sendiri. Adapun bagian-bagian tertentu dalam Tugas Akhir yang saya peroleh dari karya tulis orang lain, telah saya tuliskan sumbernya dengan jelas, sesuai dengan kaidah penulisan ilmiah.

Apabila pada kemudian hari ditemukan adanya plagiat dalam Tugas Akhir saya, maka saya bersedia menerima sanksi pencabutan gelar akademik dan sebutan profesi yang telah saya sandang, beserta segala konsekuensinya, sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.

Surabaya, 15 Agustus 2006



Diana Savitri Hidayati, S.Psi.
NIM 090315179M

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb.

Alhamdulillah hirobbil alamin dan puji syukur penulis persembahkan ke hadirat Illahi Robbi atas semua anugerah dan karunia-Nya. Rasa lega dan bangga milik penulis teriring dengan selesainya sebuah perjalanan panjang studi dan tugas akhir yang berjudul "*Peningkatan Relasi Sosial dengan Social Skill Therapy pada Penderita Schizophrenia Katatonik*" ini.

Sebagai makhluk yang memiliki keterbatasan, penulis menyadari bahwa kelancaran penyusunan tugas akhir ini tidak lepas dari dorongan, bantuan dan dukungan dari semua pihak, semoga Allah SWT membalas semua jerih payah itu. Amien.

Maka dengan segala kerendahan hati dan rasa hormat yang tulus, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. Muhamad Zainudin, selaku Dekan Fakultas Psikologi Universitas Airlangga Surabaya.
2. Drs. E.M.A. Subekti, M.Kes., M.Psi., selaku Ketua Program Profesi Magister Psikologi Fakultas Psikologi Universitas Airlangga Surabaya.
3. Ibu Nurul Hartini, S.Psi., M.Kes, selaku Pembimbing I atas bimbingan, waktu, kesabaran dan semangat yang telah diberikan kepada penulis.
4. Bapak I. Sanny P. Wardhana, S.Psi., psi., selaku Pembimbing II atas bimbingan, waktu, kesabaran dan semangat yang telah diberikan kepada penulis.
5. Seluruh staff pengajar Program Profesi Magister Psikologi Fakultas Psikologi Universitas Airlangga Surabaya atas segala ilmu yang telah diberikan dan pengalaman yang telah dibagi untuk penulis.
6. Seluruh staff karyawan Fakultas Psikologi Universitas Airlangga Surabaya dalam membantu kelancaran administrasi.
7. Orangtua penulis, atas cinta, kasih sayang dan kesabarannya selama ini.

8. Arief Budiono, S.T, suami penulis atas kesabaran, pengertian dan kasih yang telah diberikan.
9. Ananda Danu, pahlawan kecil.
10. Mas S dan keluarga atas kesempatan yang diberikan kepada penulis untuk menerapkan ilmu.
11. Semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyusunan tugas akhir ini yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Akhirnya penulis tetap saja sadar bahwa penulisan tugas akhir ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu segala saran serta kritik membangun akan dengan senang hati penulis terima. Semoga tugas akhir ini dapat bermanfaat untuk semuanya. Amien Ya Robbal Alamin.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Pasuruan, Agustus 2006

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Halaman Persetujuan.....	ii
Halaman Pengesahan.....	iii
Lembar Pernyataan.....	iv
Kata Pengantar.....	v
Daftar Isi.....	vii
Daftar Tabel.....	ix
Daftar Gambar.....	x
Abstrak.....	xi
BAB I PENDAHULUAN	
I.1 Latar Belakang Permasalahan.....	1
I.2 Rumusan Masalah.....	5
I.3 Tujuan Penulisan.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
II.1 <i>Schizophrenia</i>	6
II.1.1 Pengertian <i>Schizophrenia</i>	6
II.1.2 Macam-macam <i>Schizophrenia</i>	7
II.1.3 Gejala-gejala <i>Schizophrenia</i>	15
II.1.4 Mekanisme terjadinya <i>Schizophrenia</i>	19
II.1.5 Terapi terhadap penderita <i>Schizophrenia</i>	23
II.2 Relasi Sosial.....	29
II.2.1 Relasi sosial secara umum.....	29
II.2.2 Relasi sosial pada penderita <i>Schizophrenia</i>	30
II.3 Metode Asessmen terhadap Kasus S.....	32
II.3.1 Interview Klinis.....	32
II.3.2 Observasi Klinis.....	33

BAB III DESAIN INTERVENSI

III.1	Desain intervensi yang digunakan.....	34
III.2	Kerangka konseptual.....	36
II.2.1	Mekanisme terjadinya <i>Schizophrenia</i> pada kasus S.....	36
II.2.2	Kerangka konseptual kasus S.....	37
III.3	Rancangan kegiatan intervensi.....	39
III.4	Rancangan evaluasi kegiatan intervensi.....	42

BAB IV HASIL INTERVENSI

IV.1	Laporan kegiatan intervensi.....	45
IV.1.1	Kegiatan Intervensi Tahap 1.....	45
IV.1.2	Kegiatan Intervensi Tahap 2.....	47
IV.2	Evaluasi intervensi.....	53
IV.2.1	Evaluasi Kegiatan Intervensi Tahap 1.....	53
IV.2.2	Evaluasi Kegiatan Intervensi Tahap 2.....	54
IV.3	Analisa Hasil Kegiatan Intervensi.....	55
IV.3.1	Analisa Hasil Kegiatan Intervensi Tahap 1.....	55
IV.3.2	Analisa Hasil Kegiatan Intervensi Tahap 2.....	56

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

V.1	Kesimpulan.....	58
V.2	Saran.....	58

Daftar Pustaka	60
-----------------------------	----

Lampiran	61
-----------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Rancangan Kegiatan Intervensi.....	40
Tabel 3.2	Rancangan Evaluasi Kegiatan Intervensi.....	43
Tabel 4.1	Laporan Kegiatan Intervensi Tahap 1.....	45
Tabel 4.2	Laporan Kegiatan Intervensi Tahap 2.....	47
Tabel 4.3	Evaluasi Kegiatan Intervensi Tahap 1.....	53
Tabel 4.4	Evaluasi Kegiatan Intervensi Tahap 2.....	54



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Tahapan Relasi Pasangan..... 29



ABSTRAK

Program Profesi Magister Psikologi
Fakultas Psikologi Universitas Airlangga
Mayoring Psikologi Klinis

Nama : Diana Savitri Hidayati, S.Psi
NIM : 090315179M
Judul : Peningkatan Relasi Sosial dengan Social Skill Therapy pada Penderita Schizophrenia Katatonik

xi + 60 halaman, 1 lampiran

Di Indonesia angka penderita *Schizophrenia* pada 25 tahun yang lalu diperkirakan 1/1000 penduduk dengan proyeksi 25 tahun mendatang mencapai 3/1000 penduduk. (Hawari : 2001). Seorang penderita *schizophrenia* harus didorong untuk bergaul dengan orang lain dengan maksud agar ia tidak mengasingkan diri lagi, karena bila ia menarik diri ia dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik (Maramis : 1998). *Social skills therapy* berguna untuk meningkatkan kemampuan sosial, kemampuan memenuhi diri sendiri, latihan praktis dan komunikasi interpersonal (Kaplan & Sadock : 1997).

Penelitian dengan metode studi kasus terhadap seorang penderita *schizophrenia* katatonik menggunakan intervensi berupa *social skills therapy* untuk meningkatkan relasi sosial. Hasil pelaksanaan *social skills therapy* adalah subyek penelitian mampu menunjukkan respon berupa uluran tangan untuk berjabat tangan dan subyek mampu mengadakan interaksi timbal balik berupa senyuman ketika diberi pertanyaan. Sesi terapi yang sempat terhenti menyebabkan perubahan yang telah terbentuk pada subyek kembali seperti semula saat terapi belum dilaksanakan.

Hasil dari intervensi berupa *social skills therapy* akan lebih baik bila sesi terapi dilaksanakan secara berkesinambungan dan pihak keluarga juga ikut berperan aktif dalam pelaksanaan terapi.

Daftar Pustaka, 12 (1997 – 2006)

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 LATAR BELAKANG

Menurut Mardjono (Hawari;2001,vii) di negara-negara maju, modern dan industri terdapat empat masalah utama di bidang kesehatan, yaitu penyakit degeneratif, kanker, gangguan jiwa dan kecelakaan. Hawari (2001;ix) menambahkan bahwa salah satu bentuk gangguan jiwa yang terdapat di seluruh dunia adalah gangguan jiwa *Schizophrenia* atau Skizofrenia dalam Bahasa Indonesia.

Schizophrenia mempunyai kecenderungan berkembang menjadi penyakit yang menahun sehingga *incidence rates* (jumlah kasus penderita baru dalam kurun waktu tertentu di daerah tertentu) dianggap lebih rendah daripada *prevalence rates* (jumlah penderita atau kasus secara keseluruhan dalam waktu tertentu di daerah tertentu). Di Indonesia angka penderita *Schizophrenia* pada 25 tahun yang lalu diperkirakan 1/1000 penduduk dengan proyeksi 25 tahun mendatang mencapai 3/1000 penduduk. *Prevalence rates* yang tercatat di Departemen Kesehatan Republik Indonesia berdasarkan survei di rumah sakit tahun 1983 adalah antara 0,05% sampai 0,15% (Hawari ; 2001 ; xi).

Menurut sejarah ada 4 tokoh pioner *Schizophrenia*, yaitu Hughlings Jackson, Eugen Bleuler, Emil Kraepelin dan Kurt Schneider. Masing-masing tokoh menyoroti *Schizophrenia* dari sudut pandang yang

berbeda; Jackson mengatakan bahwa penyebab *Schizophrenia* adalah adanya gangguan pada susunan saraf pusat otak dimana akibat langsung dari kerusakan dari salah satu bagian otak tersebut mengakibatkan gangguan pada perilaku manusia yang disebut dengan gejala negatif dari *Schizophrenia* sedangkan fenomena pelepasan yang dipicu oleh kerusakan otak tersebut merupakan gejala positif dari *Schizophrenia*. Sementara itu Bleuler mengatakan bahwa gejala *Schizophrenia* yang menonjol adalah keretakan proses berpikir (*fragmented thinking*) dan ketidakmampuan melakukan hubungan dengan dunia luar (*inability to relate to external world*). Kraepelin menyebutkan bahwa gejala utama dari *Schizophrenia* adalah terdapatnya kecenderungan kemunduran atau kemerosotan (*deterioration*) dalam perjalanan penyakit ini yaitu tumpulnya alam perasaan (*emotional dullness*), penarikan diri (*withdrawal*), kehilangan dorongan kehendak (*avolition*) dan hilangnya keutuhan dunia dalamnya (*lost of inner unity*), sedangkan Schneider lebih menekankan pada gejala-gejala spesifik seperti halusinasi dan delusi (Hawari;2001;7). Kaplan dan Sadock (1997;727) mengatakan bahwa disamping gejala personal dari *Schizophrenia*, beberapa gejala *Schizophrenia* yang paling terlihat adalah menyangkut hubungan penderita dengan orang lain , termasuk kontak mata yang buruk, keterlambatan respon yang tidak lazim, ekspresi wajah yang aneh, tidak adanya spontanitas dalam situasi sosial dan persepsi yang tidak akurat atau tidak adanya persepsi emosi terhadap orang lain.

Menurut Maramis (1998;232) sebaiknya seorang penderita *Schizophrenia* harus didorong untuk bergaul dengan orang lain dengan maksud agar ia tidak mengasingkan diri lagi, karena bila ia menarik diri ia dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik. Seorang penderita *Schizophrenia* yang cenderung menarik diri, perlu mendapat bantuan agar bisa kembali normal.

Kaplan dan Sadock (1997;727) mengatakan bahwa *behavioral skills training* (latihan keterampilan perilaku) atau disebut juga dengan *social skills therapy* (terapi keterampilan sosial) dapat secara langsung membantu dan berguna bagi penderita *Schizophrenia* yang juga merupakan tambahan alami bagi terapi farmakologis. *Social skills therapy* berguna untuk meningkatkan kemampuan sosial, kemampuan memenuhi diri sendiri, latihan praktis dan komunikasi interpersonal.

Saat ini penanganan penderita *Schizophrenia* belum lah memuaskan, terutama di negara-negara berkembang seperti Indonesia. Hal ini salah satunya disebabkan oleh ketidaktahuan keluarga penderita maupun masyarakat umum tentang jenis penyakit ini. Di Indonesia sampai saat ini masih berkembang stigma atau pandangan negatif bahwa *Schizophrenia* adalah suatu penyakit yang tidak bisa diobati dan disembuhkan, sehingga mengakibatkan penderita *Schizophrenia* mendapat perlakuan yang berbeda atau diskriminatif yang nantinya lebih jauh akan menyebabkan penderita tersebut tidak mendapat pertolongan yang

memadai karena banyak penderita *Schizophrenia* yang tidak dibawa berobat dan bahkan disembunyikan oleh keluarganya.

Kenyataan tersebut tentu saja berbeda dengan pernyataan Hawari (2001;3) bahwa kemajuan di bidang ilmu obat-obatan (psikofarma) telah banyak mengungkapkan perjalanan gangguan jiwa *Schizophrenia* dan keberhasilan pengobatannya. Hawari menambahkan bahwa saat ini telah dikembangkan terapi yang komprehensif dan terpadu untuk membantu penderita *Schizophrenia* agar tidak lagi mengalami diskriminasi. Terapi yang dimaksud meliputi terapi dengan obat-obatan (psikofarmaka), psikoterapi, terapi psikososial dan terapi psikoreligius. Masih menurut Hawari, keberhasilan terapi gangguan jiwa *Schizophrenia* tidak hanya terletak pada terapi obat dan jenis terapi lainnya, tetapi juga ditentukan pula oleh peran serta keluarga dan masyarakat. Dalam hal ini keluarga diharapkan mempunyai peran paling besar dalam membantu penderita *Schizophrenia* agar tidak lagi menghindar dari relasi sosial dengan orang lain,

Seperti yang telah disebutkan sebelumnya bahwa kenyataan yang ada di lapangan menampakkan bahwa keluarga penderita *Schizophrenia* seringkali tidak mengetahui informasi tersebut. Hal ini seperti terjadi pada kasus seorang penderita *Schizophrenia* yang penulis temui di lapangan.

Seorang pemuda berusia 25 tahun bernama S, didiagnosa oleh seorang dokter menderita *Schizophrenia* Katatonik dan saat ini sedang dirawat di rumah. Penderita *Schizophrenia* ini cenderung menarik diri dari

lingkungan sosialnya dan bahkan menghindari relasi sosial dengan orang lain di luar anggota keluarganya. Sementara itu perhatian dan perlakuan yang diterima S dari keluarganya sejauh ini menurut pengamatan penulis belum maksimal untuk bisa membantunya kembali ke lingkungan sosialnya, bahkan untuk membuat S mampu mengadakan relasi sosial dengan orang asing atau orang lain di luar anggota keluarganya.

Berdasarkan atas kasus yang terjadi tersebut itulah penulis tertarik untuk mengetahui peran *social skills therapy* terhadap peningkatan relasi sosial penderita *Schizophrenia* dengan orang lain di luar anggota keluarganya.

1.2 RUMUSAN MASALAH

“ Bagaimana peran *social skills therapy* terhadap peningkatan relasi sosial penderita *Schizophrenia* dengan orang lain di luar anggota keluarganya?”

1.3 TUJUAN PENULISAN

“ Mengetahui peran *social skills therapy* dalam rangka peningkatan relasi sosial penderita *Schizophrenia* dengan orang lain di luar anggota keluarganya.”

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

II.1 *SCHIZOPHRENIA*

II.1.1 Pengertian *Schizophrenia*

Menurut Hawari (2001 : ix) salah satu bentuk gangguan jiwa yang terdapat di seluruh dunia adalah Skizofrenia. Skizofrenia berasal dari dua kata, yaitu “Skizo” yang berarti retak atau dalam Bahasa Inggris split dan kata “Frenia” yang berarti jiwa. Hawari menyimpulkan bahwa seorang yang menderita Skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian (*splitting of personality*).

Maslim (2003 : 7) yang mengacu pada PPDGJ-II yang merupakan rujukan dari DSM-III, menyebutkan bahwa konsep Gangguan Jiwa adalah:

Sindrom atau pola perilaku, psikologik seseorang, yang secara klinik cukup bermakna, dan yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairment/disability*) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia. Sebagai tambahan disimpulkan bahwa disfungsi itu adalah disfungsi dalam segi perilaku, psikologik, atau biologik, dan gangguan itu tidak semata-mata terletak di dalam hubungan antara orang itu dengan masyarakat.

Selain itu Maslim juga menambahkan bahwa konsep Gangguan Jiwa dalam PPDGJ-III yang merujuk pada DSM-IV sebagai berikut :

Mental disorder is conceptualized as clinically significant behavioural or psychological syndrome or pattern that occurs in an individual and that is associated with present distress (eg., a painful symptom) or disability (ie., impairment in one or more important areas of functioning) or with a significant increased risk of suffering death, pain, disability, or an important loss of freedom.

Berdasarkan ketiga pengertian dari kedua ahli tersebut dapat disimpulkan bahwa *schizophrenia* adalah sebuah gangguan jiwa dimana penderitanya mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian yang akhirnya mengakibatkan orang tersebut mengalami penderitaan dan atau ketidakmampuan yang muncul dalam perilakunya dan juga berpengaruh terhadap fisiknya.

II.1.2 Macam-macam *Schizophrenia*

Maramis (1998 : 222) membagi tipe-tipe *schizophrenia* menjadi tujuh tipe, yaitu :

1. *Schizophrenia Simplex*

Seringkali muncul pertama kali saat penderita berada pada usia pubertas yang ditandai dengan gejala utama berupa kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Awalnya penderita mulai kurang memperhatikan keluarganya atau mulai menarik diri dari pergaulan, setelah itu penderita makin lama makin mengalami kemunduran dalam pekerjaannya atau pelajaran sekolahnya dan akhirnya menjadi pengangguran. Keadaan ini bila tidak segera tertangani dengan baik, maka penderita mungkin akan menjadi pengemis, pelacur atau bahkan penjahat.

2. *Schizophrenia Hebefrenik*

Sering timbul pada masa remaja atau tepatnya pada usia antara 15 – 25 tahun. Gejala menyolok yang muncul adalah gangguan proses

berfikir, gangguan kemauan dan adanya double personality. Selain gejala tersebut muncul pula gangguan psikomotor seperti mannerism, neologisme atau perilaku kekanak-kanakan serta waham dan halusinasi.

3. *Schizophrenia Katatonik*

Muncul pertama kali saat penderita berusia antara 15 – 30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Ada dua macam *Schizophrenia Katatonik*, yaitu :

- a. Stupor katatonik ; penderita tidak menunjukkan perhatian sama sekali pada terhadap lingkungannya dan emosinya sangat dangkal. Gejala penting yang muncul adalah gangguan psikomotor seperti : mutisme yang kadang-kadang disertai dengan mata tertutup; muka tanpa ekspresi seperti topeng; stupor atau tidak bergerak sama sekali dalam waktu yang lama; negativisme atau penderita menentang bila posisinya diganti; menolak makanan bahkan tidak mau menelan air ludahnya sendiri, serta menahan air seni dan feses; terdapat grimas dan katalepsi pada penderita.
- b. Gaduh-gelisah katatonik ; penderita mengalami hiperaktivitas motorik tetapi tidak disertai dengan emosi yang semestinya dan tidak dipengaruhi oleh rangsang atau stimulus dari luar. Gejala yang muncul adalah : terus berbicara atau bergerak saja; muncul stereotipi, manerisme dan neologisme; penderita tidak bisa tidur, tidak makan dan tidak minum sehingga mungkin sekali

mengakibatkan penderita mengalami dehidrasi dan kolaps bahkan kematian.

4. *Schizophrenia Paranoid*

Sering mulai pada saat penderita berusia sesudah 30 tahun. Kepribadian penderita sebelum sakit sering dapat digolongkan sebagai skizoid, dimana mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak sombong dan kurang percaya pada orang lain. Gejala utama yang muncul adalah waham primer yang disertai dengan waham sekunder dan halusinasi. Selain itu melalui pemeriksaan yang teliti, pada penderita juga ditemukan adanya gangguan proses berfikir, gangguan afek, emosi dan kemauan.

5. *Episode Schizophrenia Akut*

Gejala *Schizophrenia* timbul mendadak dan penderita seperti dalam keadaan mimpi karena kesadarannya mungkin berkabut. Keadaan ini disebut sebagai oneiroid dimana timbul perasaan seakan-akan dunia luar maupun dirinya sendiri berubah, semuanya seakan mempunyai arti khusus bagi penderita. *Schizophrenia* jenis ini mempunyai prognosa yang cukup baik, dalam beberapa minggu atau kurang dari enam bulan penderita berangsur membaik. Kadang saat keasadaran penderita yang berkabut tersebut hilang, maka timbul gejala salah satu jenis *Schizophrenia* yang khas.

6. *Schizophrenia Residual*

Schizophrenia residual adalah keadaan *Schizophrenia* dengan gejala-gejala primernya Bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali serangan *Schizophrenia*.

7. *Schizophrenia Skizo-Afektif*

Schizophrenia jenis ini ditandai dengan munculnya beberapa gejala *Schizophrenia* yang umum juga disertai dengan munculnya gejala-gejala depresi (skizo-depresif) atau gejala-gejala mania (skizo-manik). Jenis *Schizophrenia* ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa defek, tetapi ada kemungkinan akan muncul serangan lagi.

Sementara itu Hawari (2001 : 60) mempunyai pendapat yang agak berbeda dalam membagi tipe-tipe *Schizophrenia*. Hawari membagi *Schizophrenia* menjadi lima tipe atau kelompok yang masing-masing mempunyai spesifikasi, yang kriterianya didominasi oleh hal-hal sebagai berikut :

1. *Schizophrenia* tipe Hebefrenik

Schizophrenia tipe ini disebut juga *disorganized type* atau “kacau balau” yang ditandai dengan gejala-gejala antara lain :

- a. **Inkoherensi** : jalan pikiran kacau dan tidak dapat dimengerti maksudnya yang terlihat dari kata-kata yang diucapkan tidak ada hubungannya sama sekali.

- b. Alam perasaan (*mood, affect*) yang datar tanpa ekspresi serta tidak serasi (*incongruous*) atau ketolol-tololan (*silly*).
 - c. Perilaku dan tertawa kekanak-kanakan (*gigling*), senyum yang menunjukkan rasa puas diri atau senyum yang hanya dihayati sendiri.
 - d. Waham (*delusion*) tidak jelas dan tidak sistematis (terpecah-pecah) tidak terorganisir sebagai suatu kesatuan.
 - e. Halusinasi yang terpecah-pecah yang isi temanya tidak terorganisir sebagai satu kesatuan.
 - f. Perilaku aneh, misalnya menyeringai sendiri, menunjukkan gerakan-gerakan aneh, berkelekar, pengucapan kalimat yang diulang-ulang dan kecenderungan untuk menarik diri secara ekstrim dari hubungan sosial.
2. *Schizophrenia* tipe Katatonik

Schizophrenia tipe ini dibagi menjadi lima tipe berdasarkan gejala utama yang muncul, yaitu :

- a. Stupor Katatonik : suatu pengurangan hebat dalam reaktivitas terhadap lingkungan dan atau pengurangan dari pergerakan atau aktivitas spontan sehingga nampak seperti “patung” atau diam membisu (*mute*).
- b. Negativisme Katatonik : suatu perlawanan atau penolakan yang nampaknya tanpa motif terhadap semua perintah atau upaya untuk menggerakkan (bagian tubuh) dirinya.

- c. Kekakuan (*rigidity*) Kataatonik : mempertahankan suatu sikap kaku terhadap semua upaya untuk menggerakkan (bagian tubuh) dirinya.
- d. Kegaduhan Katatonik : kegaduhan aktivitas motorik (alat gerak), yang nampaknya tak bertujuan dan tidak dipengaruhi oleh rangsang luar.
- e. Sikap Tubuh Katatonik : sikap (posisi tubuh) yang tidak wajar atau aneh.

3. *Schizophrenia* tipe Paranoid

Schizophrenia tipe ini ditandai dengan tiga gejala utama yang muncul, yaitu :

- a. Waham (*delusion*) kejar atau waham kebesaran, misal kelahiran luar biasa (*exalted birth*), misi atau utusan sebagai penyelamat bangsa, dunia atau agama, misi kenabian atau mesias atau perubahan tubuh; selain itu sering ditemukan juga waham cemburu.
- b. Halusinasi yang mengandung isi kejaran atau kebesaran.
- c. Gangguan alam perasaan dan perilaku, misalnya kecemasan yang tidak menentu, kemarahan, suka bertengkar dan berdebat dan melakukan tindak kekerasan. Ditemukan juga juga kebingungan tentang identitas jenis kelamin atau ketakutan bahwa dirinya diduga sebagai seorang homoseksual atau merasa dirinya didekati oleh orang-orang homoseksual.

4. *Schizophrenia* tipe Residual

Schizophrenia tipe ini merupakan sisa-sisa (residu) dari gejala *Schizophrenia* yang tidak begitu menonjol. Gejala-gejala yang mungkin masih sering muncul misalnya alam perasaan yang tumpul dan mendatar serta tidak serasi (*inappropriate*), penarikan diri dari pergaulan sosial, tingkah laku eksentrik, pikiran tidak logis dan tidak rasional atau pelanggaran asosiasi pikiran.

5. *Schizophrenia* tipe Tak Tergolongkan

Schizophrenia tipe ini tidak dapat digolongkan ke dalam empat tipe *Schizophrenia* yang telah diuraikan sebelumnya, tetapi ada sedikit gambaran tentang gejala yang menonjol pada *Schizophrenia* tipe ini yaitu: waham, halusinasi, inkoherensi atau tingkah laku kacau.

6. Golongan *Schizophrenia* lainnya

a. *Skizofrenia Simpleks*

Schizophrenia simpleks merupakan suatu bentuk psikosis yang perkembangannya lambat dan perlahan-lahan dari perilaku yang aneh, ketidakmampuan memenuhi tuntutan masyarakat dan penurunan kemampuan atau ketrampilan secara total. Penderitanya juga menghindari kontak sosial dengan orang lain sehingga kemungkinan menjurus ke kehidupan gelandangan, terbenam dalam dirinya sendiri, bermalasa-malasan dan tidak ada pengarahan dan tujuan hidup.

b. *Gangguan Skizofreniform (Episode Skizofrenik Akut)*

Gangguan skizofreniform mengalami gejala yang sama dengan penderita *Schizophrenia* tetapi perbedaannya adalah fase perjalanan penyakitnya kurang dari enam bulan tetapi lebih lama dari dua minggu. Penderita lebih menunjukkan gejala emosi dan kebingungan seperti dalam keadaan mimpi (*dreamlike state*). Gejala yang dialami penderita cenderung timbul dan hilang secara tiba-tiba (akut). Gangguan skizofreniform ini dapat pulih dengan sendirinya dengan diobati atau tanpa diobati sekalipun.

c. *Schizophrenia Laten*

Sampai saat ini belum ada penjelasan yang akurat tentang *Schizophrenia* tipe ini, tetapi gejala yang selama ini bisa tercatat dan teramati pada penderitanya adalah munculnya perilaku yang eksentrik atau tidak konsekuen dan keanehan alam perasaan yang memberi kesan seperti *Schizophrenia*.

d. *Gangguan Skizoafektif*

Gejala utama yang muncul pada *Schizophrenia* tipe ini adalah gangguan alam perasaan (*mood, affect*) disertai waham dan halusinasi. Penderita menampilkan perasaan gembira yang berlebihan (maniakal) dan atau kesedihan yang mendalam (depresi) yang silih berganti.

II.1.3 Gejala-gejala *Schizophrenia*

Menurut Bleuler dalam Maramis (1998 : 218) gejala-gejala *Schizophrenia* dapat dibagi menjadi dua kelompok, yaitu :

1. Gejala Primer yang merupakan manifestasi penyakit badaniah (yang belum diketahui apa sebenarnya dan masih merupakan hipotesa), terdiri dari :

- a. Gangguan proses berfikir

Inti gangguan utama pada penderita *Schizophrenia* adalah pada proses berfikirnya, yaitu asosiasi penderita. Hal-hal yang mungkin muncul pada proses berfikir penderita antara lain :

1. Satu ide belum selesai diutarakan muncul ide lain, tetapi suatu saat tidak muncul ide sama sekali (*blocking*)
2. Penggunaan sebuah arti simbolik, misalnya yang dimaksud adalah kata “berani” tetapi penderita menyebutnya dengan kata “merah”.
3. Ada kecenderungan untuk menyamakan sesuatu di sekitarnya.
4. Penderita juga mungkin mengalami pikiran melayang (*flight of ideas*) dan juga inkohereni yaitu tidak adanya hubungan antara emosi dan pikiran.

- b. Gangguan afek dan emosi, bisa berupa : kedangkalan afek dan emosi; parathimi; paramimi; emosi, afek dan ekspresi penderita tidak mempunyai kesatuan, emosi yang berlebihan; hilangnya

kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik atau juga ambivalensi pada afek.

c. Gangguan kemauan, bisa berupa :

1. Kelemahan kemauan misalnya : tidak mampu mengambil keputusan dan tidak dapat bertindak dalam sebuah situasi, memberikan alasan yang tidak tepat bila disuruh melakukan sebuah pekerjaan atau penderita melamun sehari-hari lamanya.
2. Ambivalensi kemauan yaitu menginginkan dua hal yang berlawanan dalam satu waktu

d. Gejala psikomotor yang disebut juga gejala katatonik, ada beberapa macam :

1. Stupor : tidak menunjukkan gerakan sama sekali
 2. Hiperkinesa : penderita terus bergerak dan sangat gelisah
 3. Stereotipi : gerakan atau sikap yang diulang-ulang
 4. Katalepsi : posisi badan yang dipertahankan dalam waktu yang lama.
2. Gejala Sekunder merupakan manifestasi dari usaha penderita untuk menyesuaikan diri terhadap gejala-gejala primer, terdiri dari :
- a. Waham yang sama sekali tidak logis dan sangat bizar, tidak disadari oleh penderita, merupakan sebuah fakta bagi penderita tersebut dan tidak dapat diubah oleh siapapun.

- b. Halusinasi yang muncul tanpa disertai adanya penurunan kesadaran dari penderita. Halusinasi yang paling sering muncul adalah halusinasi pendengaran (oditif atau akustik), halusinasi penciuman (olfaktorik), halusinasi citarasa (gustatorik) atau halusinasi singgungan (taktil).

Sementara itu Hawari (2001;43) menyebutkan bahwa gejala *Schizophrenia* dapat dibagi menjadi dua gejala, yaitu :

1. Gejala Positif *Schizophrenia*

- a. Delusi atau waham : suatu keyakinan yang tidak rasional atau tidak masuk akal, dimana meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinan tersebut tidak rasional namun penderita tetap meyakini kebenarannya.
- b. Halusinasi : pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan (stimulus), misalnya penderita mendengar suara-suara atau bisikan di telinganya padahal sebenarnya tidak ada sumber dari suara-suara tersebut.
- c. Kekacauan alam pikir; yang dapat dilihat dari isi pembicaraan penderita yang kacau dan tidak dapat diikuti alur berpikirnya.
- d. Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan
- e. Merasa dirinya “Orang Besar”, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya

- f. Pikirannya penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya
- g. Menyimpan rasa permusuhan

2. Gejala Negatif *Schizophrenia*

- a. Alam perasaan (*affect*) “tumpul” dan “mendatar”, yang terlibat dari wajah penderita yang tidak menunjukkan ekspresi.
- b. Menarik diri atau mengasingkan diri (*withdrawn*), tidak mau bergaul atau mengadakan kontak dengan orang lain serta suka melamun (*day dreaming*).
- c. Kontak emosional amat “miskin”, sukar diajak bicara dan pendiam.
- d. Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
- e. Sulit dalam berpikir abstrak
- f. Pola pikir stereotip
- g. Tidak ada atau kehilangan dorongan kehendak (*avolition*) dan tidak ada inisiatif, tidak ada upaya dan usaha, tidak ada spontanitas, monoton, serta tidak ingin apa-apa dan serba malas (kehilangan nafsu).

Hawari menambahkan bahwa gejala positif *Schizophrenia* baru muncul pada episode akut, sedangkan pada stadium kronis (menahun) gejala negatif *Schizophrenia* yang lebih menonjol. Meskipun demikian tidak jarang gejala positif dan gejala negatif *Schizophrenia* tersebut

muncul bersamaan dan saling berbaaur tergantung pada stadium penyakitnya.

II.1.4 Mekanisme terjadinya *Schizophrenia*

Hawari (2001 : 10) menyebutkan bahwa untuk mengetahui dan memahami perjalanan penyakit *Schizophrenia* diperlukan pendekatan yang sifatnya holistik yaitu dilihat dari sudut pandang organobiologik, psikodinamik, psikoreligius dan psikososial.

1. Organobiologik

Sudut pandang organobiologik menyebutkan bahwa ada beberapa penyebab *Schizophrenia*, yaitu :

- a. Faktor genetik ; ada peran gen pada transmisi *Schizophrenia* yang sifatnya sangat kompleks, tidak sepenuhnya memenuhi hukum Mendel dan dipengaruhi oleh banyak faktor lain.
- b. Interaksi antara gen abnormal dengan faktor epigenetik yaitu gangguan perkembangan otak janin. Gangguan ini bisa disebabkan karena virus, malnutrisi, infeksi, trauma, toksin, dan kelainan hormonal selama kehamilan.

2. Psikodinamik

Mekanisme terjadinya *Schizophrenia* pada seseorang dari sudut pandang Psikodinamik dapat diterangkan dengan dua buah teori, yaitu : Teori Homeostatik-Deskriptif dan Teori Fasilitatif-Etiologik. Teori Homeostatik-Deskriptif menguraikan gambaran

gejala-gejala (deskripsi) dari suatu gangguan jiwa yang menjelaskan terjadinya gangguan keseimbangan (balance) atau homeostatik pada diri seseorang, sebelum dan sesudah terjadinya gangguan jiwa tersebut. Dalam Teori Fasilitatif-Etiologik diuraikan yang memudahkan (fasilitasi) penyebab (etiologi) suatu penyakit tertentu muncul, yaitu bagaimana perjalanan penyakitnya dan penjelasan mekanisme psikologis dari penyakit yang bersangkutan.

Selanjutnya Freud menyatakan bahwa gangguan jiwa muncul akibat adanya konflik internal dalam diri seseorang yang tidak bisa beradaptasi dengan dunia luarnya atau realita yang sedang dihadapinya. Freud yang berpendapat bahwa setiap manusia mempunyai 3 unsur yaitu : id yang berupa dorongan atau nafsu, ego yang berupa kenyataan atau badan pelaksana dan super-ego yang merupakan norma. Saat id mempunyai keinginan, ego berusaha memenuhi keinginan tersebut sesuai dengan hasil persetujuan dari super-ego. Manakala keinginan id yang dilaksanakan oleh ego dengan melanggar larangan super-ego, maka super-ego akan menghukum ego dalam bentuk rasa bersalah dan perasaan berdosa. Akhirnya muncul konflik internal antara id, ego dan super-ego, dan bila individu yang bersangkutan tidak dapat menyelesaikan konflik tersebut maka dapat mengakibatkan munculnya gangguan jiwa.

3. Psikoreligius

Dalam pendekatan agama (khususnya agama Islam), Hawari menganalogikan Id dengan nafsu, Ego dengan akhlak dan Super-ego dengan iman. Akhlak (ego) seseorang akan menjadi baik atau buruk tergantung hasil tarik-menarik antara nafsu (id) dan iman (super-ego), dimana hasil tarik-menarik tersebut akan menimbulkan konflik batin. Konflik batin yang berkepanjangan dan tidak terselesaikan akan menyebabkan munculnya gangguan jiwa.

Hawari menambahkan bahwa latar belakang kehidupan beragama penderita *Schizophrenia* kemungkinan bisa juga menjadi penyebab munculnya gangguan jiwa ini, khususnya bila terjadi kesalahan pemahaman dan penafsiran pada ajaran agama oleh penderita. Oleh karena itu perlu juga diketahui sejauhmana pengaruh agama dalam kehidupan penderita *Schizophrenia* sebelum sakit.

4. Psikososial

Situasi atau kondisi yang tidak kondusif pada diri seseorang dapat menjadi stressor psikososial. Stressor psikososial merupakan setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang, sehingga yang bersangkutan terpaksa melakukan adaptasi untuk mengatasi tekanan mental yang timbul. Tidak semua orang mampu melakukan adaptasi dan mampu menanggulangnya sehingga timbul keluhan kejiwaan, antara lain

berbagai jenis gangguan jiwa yang salah satunya adalah *Schizophrenia*.

Jenis-jenis stressor psikososial tersebut dapat digolongkan : perkawinan, problem orang tua, hubungan interpersonal, pekerjaan, lingkungan hidup, keuangan, hukum, perkembangan, penyakit fisik atau cedera, keluarga dan hal-hal yang menyebabkan munculnya stress pasca trauma.

Menurut Maramis (1998 : 215) etiologi atau penyebab terjadinya *Schizophrenia* dapat dilihat dari dua sudut pandang, yaitu :

1. Teori Somatogenik

Teori somatogenik membahas tentang penyebab munculnya *Schizophrenia* yang dilihat dari sudut pandang faktor keturunan, sistem endokrin, sistem metabolisme dan susunan syaraf pusat dari penderita. Keturunan : dipastikan bahwa ada faktor keturunan yang juga menentukan timbulnya *Schizophrenia*. Berdasarkan penelitian terhadap keluarga-keluarga *Schizophrenia* dan terutama anak-anak kembar satu telur. Angka kesakitan bagi saudara tiri = 0,9% -1,8% ; bagi saudara kandung = 7% -15% ; bagi anak yang salah satu orang tuanya adalah penderita skizofrenia = 7% - 16% ; anak yang kedua orang tuanya adalah penderita skizofrenia = 40% - 68% ; bagi anak kembar heterozigot = 2% - 15% dan bagi anak kembar monozigot = 61% - 86%.

2. Teori Psikogenik

Adolf Meyer mengatakan bahwa *Schizophrenia* tidak disebabkan oleh suatu penyakit badaniah. Meyer menambahkan bahwa *Schizophrenia* merupakan suatu reaksi yang salah, suatu maladaptasi sehingga menimbulkan disorganisasi kepribadian yang menyebabkan lama-kelamaan penderita menjauhkan diri dari kenyataan (otisme).

Sigmund Freud mengatakan bahwa pada penderita *Schizophrenia* terdapat : (a) kelemahan ego yang dapat timbul karena penyebab psikogenik ataupun somatik; (b) superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan id yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisisme serta (c) kehilangan kapasitas untuk pemindahan (transference) sehingga terapi psikoanalitik tidak mungkin.

II.1.5 Terapi terhadap penderita *Schizophrenia*

Hawari (2001 : 85) menyebutkan bahwa terapi bagi penderita *Schizophrenia* memerlukan waktu yang relatif lama dalam rangka untuk menekan sekecil mungkin kekambuhan. Terapi yang komprehensif dan holistik bagi penderita *Schizophrenia*, saat ini sudah mulai dikembangkan. Terapi-terapi tersebut antara lain :

1. Psikofarmaka

Psikofarmaka atau terapi obat-obatan anti *Schizophrenia* bertujuan untuk mengurangi gangguan fungsi neuro-transmitter

sehingga gejala-gejala klinis seperti gangguan pada alam pikir, alam perasaan dan perilaku dapat dihilangkan. Sampai saat ini belum ditemukan jenis obat yang ideal untuk penderita *Schizophrenia* karena masing-masing jenis obat psikofarma mempunyai kelebihan dan kekurangannya selain juga menimbulkan efek samping.

Berbagai jenis obat psikofarmaka yang beredar di pasaran hanya dapat diperoleh dengan resep dokter. Hawari menegaskan bahwa dengan terapi obat-obatan anti *Schizophrenia*, sesungguhnya gangguan jiwa *Schizophrenia* dapat diobati dan disembuhkan secara *manageable* dan *controllable*. Selain itu pada terapi ini tidak berarti penderita *Schizophrenia* harus meminum obat seumur hidup karena kadang kala perjalanan gangguan jiwa ini sewaktu-waktu dapat mengalami remisi atau sembuh dengan sendirinya tanpa gejala.

2. Psikoterapi

Psikoterapi pada penderita *Schizophrenia* baru dapat diberikan bila penderita dengan terapi psikofarmaka sudah mencapai tahapan mampu menilai realitas dan mempunyai pemahaman diri (*insight*). Pelaksanaan psikoterapi harus dibarengi dengan terapi psikofarmaka.

Secara umum tujuan dari psikoterapi adalah untuk memperkuat struktur kepribadian, mematangkan kepribadian (*maturing personality*), memperkuat ego (*ego strength*), meningkatkan citra diri (*self esteem*), memulihkan kepercayaan diri (*self confidence*), yang

kesemuanya itu untuk mencapai kehidupan yang berarti dan bermanfaat (*meaningfulness of life*).

Psikoterapi ini banyak ragamnya tergantung dari dari kebutuhan dan pramorbid penderita, antara lain : Psikoterapi suportif, Psikoterapi re-edukatif, Psikoterapi re-konstruktif, Psikoterapi kognitif, Psikoterapi psikodinamik, Psikoterapi perilaku, dan Psikoterapi keluarga.

3. Terapi Psikososial

Salah satu dampak dari gangguan jiwa *Schizophrenia* adalah terganggunya fungsi sosial penderita atau disebut juga hendaya (*impairment*). Hendaya ini terjadi dalam berbagai bidang fungsi rutin kehidupan sehari-hari, misalnya dalam bidang pendidikan, pekerjaan, hubungan sosial dan perawatan diri.

Fungsi dari terapi ini adalah agar penderita mampu kembali beradaptasi dengan lingkungan sosial sekitarnya, mampu merawat diri, serta mampu mandiri tidak tergantung pada orang lain sehingga tidak menjadi beban bagi keluarga dan masyarakat. Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan pada terapi ini adalah penderita *Schizophrenia* diupayakan untuk tidak menyendiri, tidak melamun, banyak kegiatan dan kesibukan dan banyak bergaul atau bersosialisasi.

4. Terapi Psikoreligius

Sebuah penelitian dengan judul *Religious Commitment is Associated with Clinical Benefit* yang dilakukan oleh Larson dkk tahun

1982 (Hawari : 2001: 96) menyebutkan bahwa dengan melaksanakan terapi psikoreligius pada penderita *Schizophrenia*, maka gejala klinis *Schizophrenia* lebih cepat hilang; waktu perawatan di rumah sakit jiwa lebih pendek; hendaya (impairment) lebih cepat teratasi dan kemampuan beradaptasi penderita lebih cepat pula terbentuknya. Kegiatan-kegiatan yang dilakukan dalam Terapi Psikoreligius atau terapi keagamaan pada penderita *Schizophrenia* tersebut adalah kegiatan ritual keagamaan seperti sembahyang, berdoa, memanjatkan puji-pujian kepada Tuhan, mendengarkan ceramah keagamaan dan kajian Kitab Suci.

Pemahaman dan penafsiran yang salah terhadap agama dapat mencetuskan terjadinya *Schizophrenia*, yang biasanya ditandai dengan munculnya gejala waham (delusi) keagamaan atau jalan pikiran yang patologis dengan pola sentral keagamaan. Terapi psikoreligius bermaksud untuk meluruskan gejala patologis dengan pola sentral keagamaan tersebut sehingga keyakinan dan keimanan penderita dapat dipulihkan kembali ke jalan yang benar.

Kaplan dan Sadock (1997 : 723) menyebutkan bahwa *Schizophrenia* adalah suatu gangguan yang kompleks, dan tiap pendekatan terapiutik tunggal jarang mencukupi untuk menjawab secara memuaskan gangguan yang memiliki berbagai segi ini. Medikasi antipsikotik adalah inti dari pengobatan *Schizophrenia*, namun penelitian telah menemukan bahwa intervensi psikososial dapat memperkuat perbaikan gejala klinis

yang ada pada penderita *Schizophrenia*. Sebagian besar penderita *Schizophrenia* mendapatkan manfaat dari pemakaian kombinasi pengobatan antipsikotik dan psikososial. Pusat perawatan di siang hari (day care center) dan kunjungan rumah kadang-kadang dapat membantu penderita *Schizophrenia* tetap di luar rumah sakit untuk periode waktu yang lama dan dapat memperbaiki kualitas kehidupan sehari-hari penderita tersebut.

Kaplan dan Sadock menambahkan bahwa rancangan terapi bagi penderita *Schizophrenia* harus ditujukan pada kemampuan dan kekurangan penderita. Selain terapi obat anti psikotik, ada terapi Psikososial yang bisa dilaksanakan pada penderita *Schizophrenia*, yaitu :

1. *Social Skills Therapy*

Social skills therapy (terapi keterampilan sosial)atau disebut juga dengan *behavioral skills training* (latihan keterampilan perilaku) dapat secara langsung membantu dan berguna bagi penderita *Schizophrenia*. Terapi tersebut berguna untuk meningkatkan kemampuan sosial, kemampuan memenuhi diri sendiri, latihan praktis dan komunikasi interpersonal dari penderita *Schizophrenia*. Bentuk dari terapi ini adalah terapi perilaku.

2. Teknik *Tocen Economy*

Teknik *tocen economy* untuk memunculkan perilaku adaptif. Penderita akan mendapat pujian atau hadiah yang merupakan tiket untuk mendapatkan keinginan atau harapan penderita bila penderita

melakukan perilaku-perilaku yang ingin dibentuk, misalnya bersedia menyalin rambut sebagai bagian dari usaha merawat diri. Teknik ini, seperti halnya *social skills therapy* bentuknya adalah terapi perilaku.

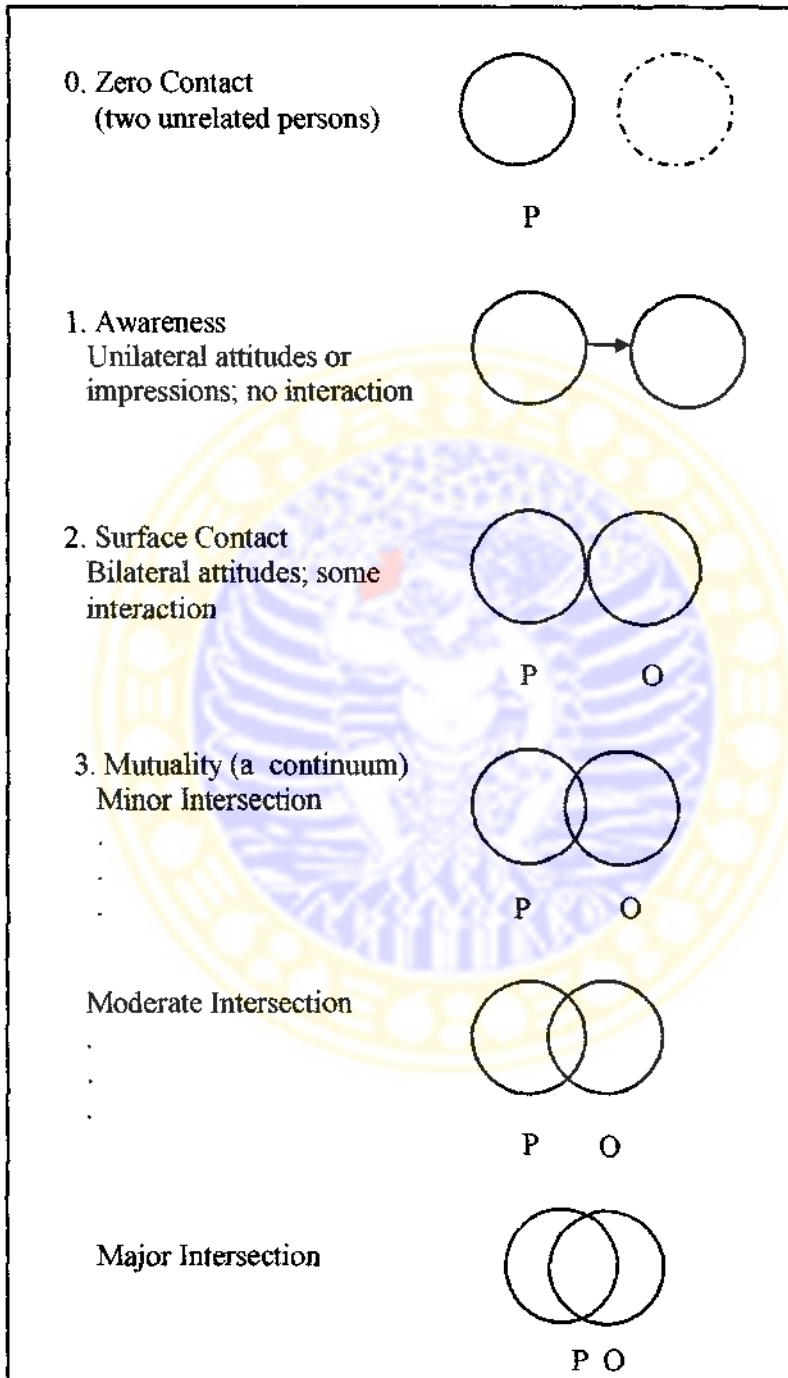
3. Terapi berorientasi keluarga

Sejumlah penelitian telah menemukan bahwa terapi keluarga adalah salah satu cara yang cukup efektif untuk menurunkan angka relaps (kekambuhan) penderita *Schizophrenia*. Terapi keluarga yang digunakan dalam penelitian-penelitian tersebut berbeda mekanismenya antara satu penelitian dengan penelitian berikutnya, sehingga tidak diketahui dengan jelas jenis mekanisme terapi keluarga yang paling efektif.

Tujuan awal dari terapi keluarga ini adalah membantu keluarga penderita *Schizophrenia* dan penderita itu sendiri mengerti tentang *Schizophrenia* serta membuat mereka tidak berkecil hati dengan kondisi yang ada. Selanjutnya terapi keluarga dapat diarahkan kepada berbagai macam penerapan strategi menurunkan stress dan mengatasi masalah penderita serta pelibatan kembali penderita ke dalam aktivitas.

II.2 RELASI SOSIAL

II.2.1 Relasi Sosial Secara Umum



Gambar 2.1 Tahapan Relasi Pasangan

Sumber : Michener dan Delamater (1999 : 285)

Menurut Michener dan Delamater (1999 : 285) tahapan terjadinya relasi sosial adalah :

1. *Zero contact* yaitu kondisi dimana tidak terjadi hubungan antara dua orang
2. *Awareness* yaitu sebuah kondisi dimana seseorang sudah mulai menyadari kehadiran orang lain di sekitarnya dengan berbagai aktivitas yang dilakukan orang lain tersebut. Kondisi ini belum muncul ketertarikan pada orang pertama terhadap orang lain tersebut.
3. *Surface contact* yaitu kondisi dimana orang pertama mulai menyadari adanya aktivitas yang sama juga dilakukan oleh seseorang di sekitarnya. Kondisi ini ditandai oleh munculnya ketertarikan pada orang pertama terhadap orang lain tersebut.
4. *Mutuality* yaitu kondisi dimana sudah mulai terjalin relasi sosial antara 2 orang yang tadinya saling asing. Kondisi ini dibagi menjadi :
 - a. *Minor intersection* yaitu relasi awal
 - b. *Moderate intersection* yaitu relasi sosial yang terjalin lebih dalam
 - c. *Major intersection* yaitu relasi sosial yang dalam

II.2.2 Relasi Sosial pada penderita *Schizophrenia*

Kaplan dan Sadock (1997 ; 727) mengatakan bahwa disamping gejala personal dari *Schizophrenia*, beberapa gejala *Schizophrenia* yang paling terlihat adalah menyangkut hubungan penderita dengan orang lain , termasuk kontak mata yang buruk, keterlambatan respon yang tidak lazim,

ekspresi wajah yang aneh, tidak adanya spontanitas dalam situasi sosial dan persepsi yang tidak akurat atau tidak adanya persepsi emosi terhadap orang lain.

Kaplan dan Sadock juga menambahkan bahwa penderita *Schizophrenia* seringkali kesepian, menolak terhadap keakraban dan kepercayaan, serta kemungkinan bersikap curiga, cemas, bermusuhan atau terregresi jika seseorang berusaha mendekati. Penderita *Schizophrenia* tidak menyukai kehangatan yang berlebihan dari orang lain karena hal tersebut akan dipersepsikan sebagai sebuah suapan, manipulasi atau eksploitasi terhadap dirinya.

Arif (2006 : 32) menyebutkan bahwa *Schizophrenia* memutuskan relasi penderitanya dari orang lain di sekitarnya. Penderita *Schizophrenia* dikatakan hidup di dunianya sendiri, dunia yang tak dikenal orang lain selain dirinya, dimana tak ada orang lain selain dirinya, yaitu dunia tanpa relasi dengan orang lain. Kondisi keterpisahan dari relasi dengan orang lain yang dialami oleh penderita *Schizophrenia* berakar pada gangguan dalam relasi paling awal, yaitu relasi antara bayi (yang kelak menjadi pasien *Schizophrenia*) dengan pengasuhnya

II.3 METODE ASESMEN TEHADAP KASUS S

II.3.1 Interview Klinis

Menurut Trull dan Phares (2001 : 146) asesmen interview merupakan teknik paling dasar dan paling mudah untuk digunakan oleh para psikolog klinis, mereka menggunakan asesmen ini sebagai alat utama untuk memahami dan memprediksikan kondisi klien berdasarkan data yang telah diperoleh untuk kemudian membuat keputusan klinis bagi klien. Groth dan Marnat (1999 : 67) mempunyai pendapat yang kurang lebih sama terhadap asesmen interview ini. Mereka menyatakan bahwa kemungkinan satu-satunya alat pengumpul data yang paling bermakan dalam evaluasi psikologis adalah asesmen interview. Tanpa data dari interview tes psikologi tidak berarti apa-apa. Melalui interview dapat diperoleh data tentang pengamatan perilaku, penampilan perilaku aneh klien dan juga reaksi individual terhadap situasi dan kondisi lingkungan sekitar klien.

Interview klinis pada kasus S dilaksanakan kepada S sebagai autoanamnesa dan juga kepada *significant others* S sebagai heteroanamnesa. *Significant others* yang dimaksud adalah Nenek S, Ayah S, Ibu S dan juga Adik S. Tujuan dari autoanamnesa dan heteroanamnesa adalah mengklarifikasikan data dari berbagai sumber tersebut dengan harapan data yang diperoleh memenuhi kriteria validitas.

11.3.2 Observasi Klinis

Menurut Trull dan Phares (2001 : 241) pendekatan behavior difokuskan pada identifikasi perilaku klien yang spesifik atau sistem lingkungan yang mungkin dirubah. Asesmen behavior yang berupa observasi ini dapat dilakukan dengan cara mengamati secara langsung klien ketika berinteraksi dengan teman-temannya, keluarga atau rekan kerjanya.

Observasi klinis terhadap S dilakukan dengan cara melakukan pengamatan langsung kepada S, baik dengan setting alami S di rumahnya maupun dengan setting buatan penulis. Tujuan dari asesmen ini adalah melihat bentuk perilaku S sesuai dengan setting alaminya sehari-hari dan reaksi (perilaku) yang muncul ketika S berhadapan dengan stimulus baru.

BAB III

DESAIN INTERVENSI

III.1 DESAIN INTERVENSI YANG DIGUNAKAN

Desain intervensi yang digunakan oleh penulis adalah *social skill therapy*. *Social skill therapy* merupakan salah satu teknik terapi yang digunakan dalam *behavior therapy* (Corsini & Wedding : 2000 : 221). *Social skill therapy* ditujukan kepada klien yang tidak asertiv, yaitu individu yang gagal dalam mengekspresikan emosinya, sering dieksploitasi oleh orang lain, merasa cemas ketika menghadapi situasi sosial dan kurang nyaman dengan dirinya sendiri.

Social skill therapy ini dipilih dengan pertimbangan bahwa S saat ini hanya menjalani terapi psikofarmaka yang sebaiknya dibarengi dengan bentuk terapi lain agar proses penyembuhan terhadap S lebih baik hasilnya. Selain itu pertimbangan lain dipilihnya terapi ini adalah bahwa S saat ini cenderung menghindari relasi sosial dengan orang lain di luar anggota keluarga S. Hal ini bertentangan dengan teori yang diungkapkan oleh Maramis (1998 : 232) bahwa sebaiknya seorang penderita *schizophrenia* harus didorong untuk bergaul dengan orang lain dengan maksud agar ia tidak mengasingkan diri lagi, karena bila ia menarik diri ia dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik.

Tujuan pelaksanaan *Social skill therapy* ini adalah agar S mempunyai kemauan untuk memulai sebuah relasi sosial dengan orang

lain di luar anggota keluarga inti S. Relasi sosial yang dimaksud di dalam intervensi ini adalah hanya sampai pada tahap 3 yaitu tahap *Mutuality* khususnya *Minor intersection* dari teori yang dikemukakan oleh Michener dan Delamater (1999 : 285). *Mutuality* yaitu kondisi dimana sudah mulai terjalin relasi sosial antara 2 orang yang tadinya saling asing, dimana pada tahap *minor intersection* relasi sosial yang terbentuk merupakan relasi awal.

Csernansky (2002 : 203) mengatakan bahwa *social skill theraphy* dapat dilaksanakan dengan cara mengajak pasien *schizophrenia* untuk terlibat dalam sebuah percakapan dengan topik-topik yang memungkinkan seperti film, olah raga atau menu sarapan tadi pagi. Pelaksanaan *social skill theraphy* terhadap S, secara umum akan dilaksanakan dengan cara membuat S agar tidak terganggu dengan kehadiran orang lain sehingga S mempunyai kesempatan untuk mulai menjalin relasi sosial orang lain.

Kelebihan dari *social skill theraphy* ini adalah tidak membutuhkan biaya yang besar, sebaliknya terapi ini juga mempunyai kelemahan yaitu : untuk memunculkan perubahan yang diinginkan terjadi pada S kemungkinan akan memerlukan waktu yang lama karena pelaksanaan kegiatan terapi harus sering diulang.

III.2 KERANGKA KONSEPTUAL

III.2.1 Mekanisme Terjadinya *Schizophrenia* Pada Kasus S

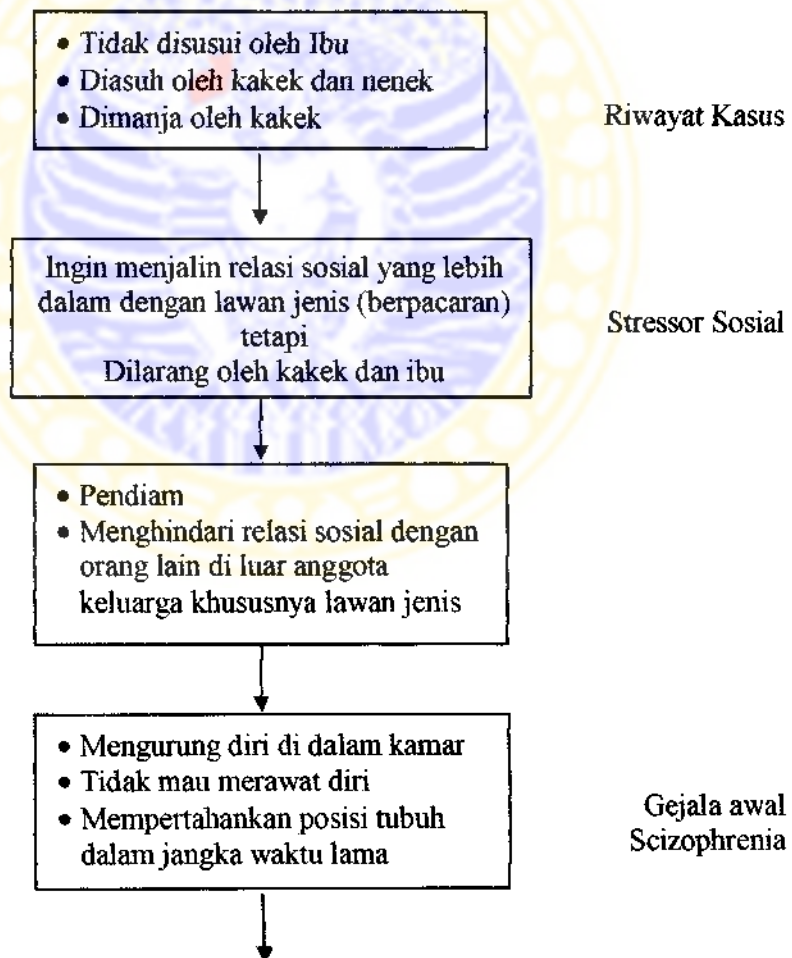
Berdasarkan mekanisme terjadinya *Schizophrenia* yang dikemukakan oleh Hawari (2001 : 10), maka mekanisme terjadinya *Schizophrenia* pada kasus S dapat dipahami dari sudut pandang Psikodinamik sekaligus dari sudut pandang Psikososial.

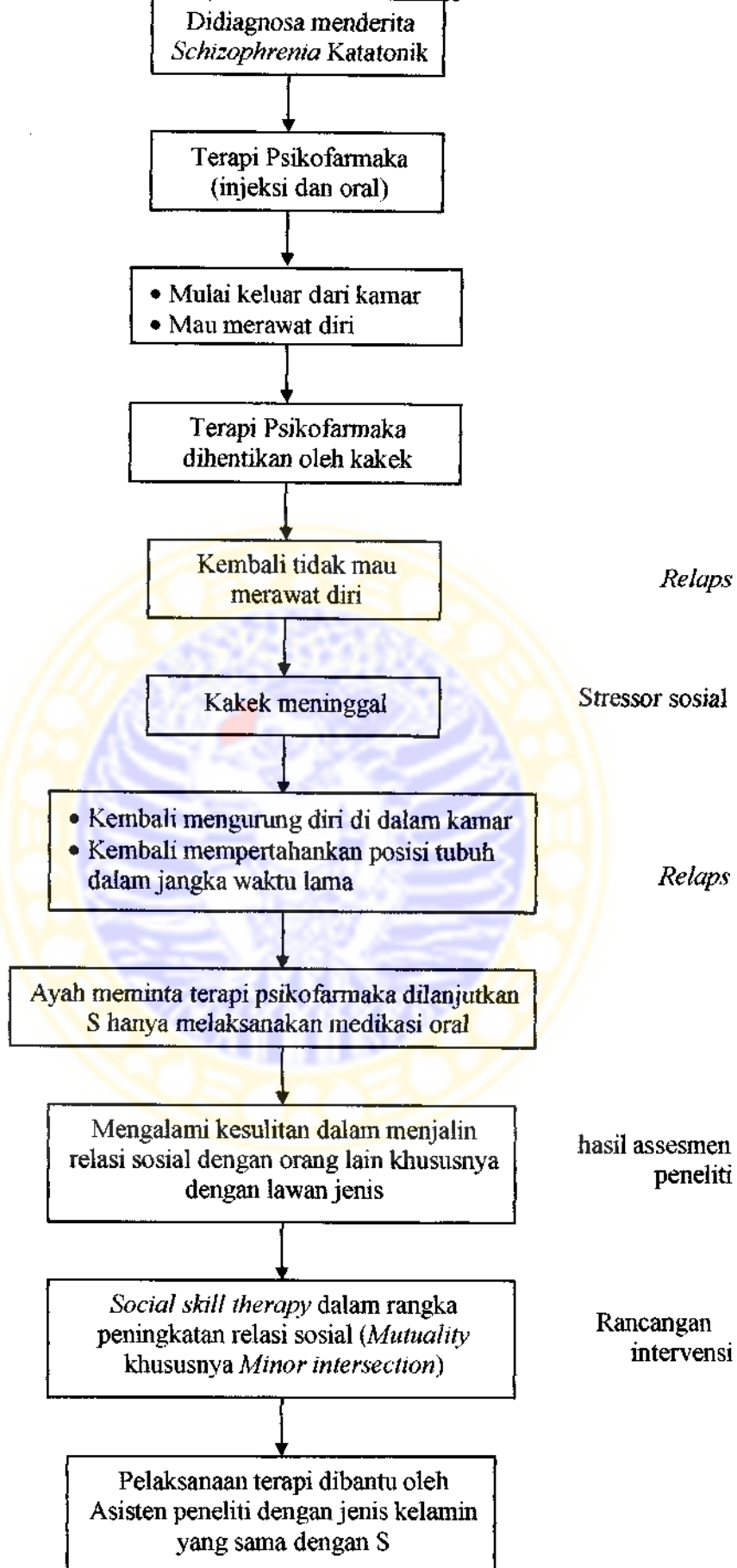
Sudut pandang Psikodinamik menjelaskan bahwa munculnya *Schizophrenia* disebabkan oleh adanya konflik internal antara id, ego dan super-ego yang berkepanjangan dan tidak terselesaikan. Kasus S konflik internal yang terjadi dimulai saat S duduk di bangku SMP. Keinginan S untuk menjalin relasi sosial yang lebih dalam dengan lawan jenis (berpacaran) tidak disetujui oleh orang-orang yang berpengaruh terhadap perkembangan kepribadian S, yaitu kakek S dan ibu S. Demi menyesuaikan diri dengan super ego dalam hal ini nilai yang ditanamkan kakek S dan ibu S, S memilih untuk tidak memenuhi keinginan id dan egonya. Penyesuaian ini menyebabkan S menghindari interaksi dengan lawan jenis, bahkan dengan sesama jenis. Hal ini terbukti dengan perilaku S yang menjadi lebih pendiam, bahkan setelah lulus SMP lebih memilih untuk tinggal di rumah.

Dari sudut pandang Psikososial, S mempunyai stressor sosial yang tidak bisa diatasinya dengan baik dan mencetuskan munculnya gangguan kejiwaan. Stressor sosial tersebut adalah dalam hal hubungan interpersonal S khususnya dengan lawan jenisnya. Keinginan dasar sebagai seorang

remaja laki-laki adalah mulai mengenal lawan jenis dan menjalin relasi sosial yang lebih dalam dengan lawan jenis (berpacaran). Keinginan S tersebut tidak bisa terlaksana dengan baik bahkan terpatahkan karena adanya larangan dari Kakek S dan Ibu S. Reaksi yang muncul dari S atas kondisi tersebut adalah menjadi pendiam dan mulai menarik diri dari interaksi dengan lawan jenis bahkan dengan sesama jenis, dimana pada akhirnya S hanya bergaul dengan anggota keluarga intinya saja.

III.2.2 Kerangka konseptual pada kasus S





III.3 RANCANGAN KEGIATAN INTERVENSI

Bentuk intervensi : *Social skill therapy*

Tujuan umum intervensi : S meningkatkan relasi sosial S dengan
orang lain di luar anggota keluarganya

Rancangan intervensi : Tabel 3.1



Tabel 3.1 Rancangan Kegiatan Intervensi

TAHAP	TUJUAN	LANGKAH -LANGKAH	KEGIATAN TERAPI
1	S mampu menunjukkan respon terhadap stimulus yang diberikan oleh orang lain di luar anggota keluarganya	Sesi 1 Tujuan : S mampu menunjukkan respon pada orang lain dengan jenis kelamin yang sama dengan S (laki-laki)	Bentuk : Asisten peneliti memberikan stimulus sederhana kepada S, misalnya : mengajak S bersalaman Tempat : kamar S Waktu : ± 5 menit
		Sesi 2 Tujuan : a.S mampu menunjukkan respon pada orang lain dengan jenis kelamin yang sama dengan S (laki-laki) b.S tidak terganggu dengan kehadiran orang lain yang berjenis kelamin berbeda dengan S (perempuan)	Bentuk : Asisten peneliti memperkenalkan kehadiran peneliti kepada S Tempat : kamar S Waktu : ± 5 menit Jumlah pertemuan : 3 pertemuan
		Sesi 3 Tujuan : S mampu menunjukkan respon pada orang lain dengan jenis kelamin yang berbeda dengan S (perempuan)	Bentuk : peneliti mengajak S bersalaman Tempat : kamar S Waktu : ± 5 menit Jumlah pertemuan : 3 pertemuan

2	S mampu melakukan interaksi timbal balik yang paling sederhana dengan orang lain selain anggota keluarganya	<p>Sesi 1 Tujuan : S mampu menjawab pertanyaan dari orang lain dengan jenis kelamin yang sama dengan S (laki-laki)</p> <p>Sesi 2 Tujuan a. S mampu menjawab pertanyaan dari orang lain dengan jenis kelamin yang sama dengan S (laki-laki) b. S tidak terganggu dengan kehadiran orang lain yang berjenis kelamin berbeda dengan S (perempuan)</p> <p>Sesi 3 Tujuan : S mampu menjawab pertanyaan dari orang lain dengan jenis kelamin yang berbeda dengan S (perempuan)</p>	<p>Bentuk : Asisten peneliti mulai mengajak S mengobrol berdua. Obrolan selalu diawali dengan cara bertanya kepada S dengan pertanyaan yang memerlukan jawaban “iya atau tidak”. Misalnya : “Apakah S suka menonton tv?” Tempat : kamar S Waktu : ± 20 menit Jumlah pertemuan : 2 pertemuan</p> <p>Bentuk : Asisten peneliti dan peneliti mengajak S mengobrol. Obrolan tetap diawali dengan cara bertanya kepada S dengan pertanyaan yang masih sedikit berbeda yaitu pertanyaan yang bisa dijawab dengan satu kata. Misalnya : “Sudah makan?” Tempat : kamar S Waktu : ± 20 menit Jumlah pertemuan : 3 pertemuan</p> <p>Bentuk : Peneliti mengobrol dengan S berdua. Obrolan diisi dengan pertanyaan sederhana kepada S, yaitu pertanyaan dengan jawaban “iya atau tidak” dan pertanyaan yang bisa dijawab dengan satu kata. Misalnya : “Apakah S suka nonton sepak bola?” atau “Bangun tidur jam berapa?” Tempat : kamar S Waktu : ± 20 menit Jumlah pertemuan : 3 pertemuan</p>
---	---	---	---

III.4 RANCANGAN EVALUASI KEGIATAN INTERVENSI

Evaluasi terhadap kegiatan intervensi pada kasus S akan dilaksanakan setiap tahap, dengan indikator keberhasilan yang berbeda pada masing-masing tahap. Uraian tentang rancangan evaluasi kegiatan intervensi dijabarkan dalam tabel 3.2



Tabel 3.2 Rancangan Evaluasi Kegiatan Intervensi

TAHAP	INDIKATOR KEBERHASILAN	Aspek-aspek indikator keberhasilan	EVALUASI	RANCANGAN KEGIATAN INTERVENSI CADANGAN
1	S menunjukkan respon terhadap stimulus yang diberikan oleh orang lain di luar anggota keluarganya	S menunjukkan respon pada orang lain dengan jenis kelamin yang sama dengan S (laki-laki)	Melihat dan mencermati kondisi S disesuaikan dengan aspek indikator keberhasilan yang ingin dicapai.	Asisten peneliti mengajak S sholat berjamaah
		S tidak terganggu dengan kehadiran orang lain yang berjenis kelamin berbeda dengan S (perempuan)	Melihat dan mencermati kondisi S disesuaikan dengan aspek indikator keberhasilan yang ingin dicapai, selain itu mempertahankan kondisi yang telah dicapai S pada sesi sebelumnya	a. Asisten peneliti tetap berada di dekat peneliti saat melaksanakan kegiatan terapi b. Asisten peneliti menggantikan peneliti untuk meminta S melaksanakan sesuatu
		S menunjukkan respon pada orang lain dengan jenis kelamin yang berbeda dengan S (perempuan)	Melihat dan mencermati kondisi S disesuaikan dengan aspek indikator keberhasilan yang ingin dicapai, selain itu mempertahankan kondisi yang telah dicapai S pada 2 sesi sebelumnya	Peneliti meminta S melakukan kegiatan yang disenangnya, misal menonton tv atau menawari S untuk makan kue.

2	S mampu melakukan interaksi timbal balik yang paling sederhana dengan orang lain selain anggota keluarganya	S mampu menjawab pertanyaan dari orang lain dengan jenis kelamin yang sama dengan S (laki-laki)	Melihat dan mencermati kondisi S disesuaikan dengan aspek indikator keberhasilan yang ingin dicapai, selain itu mempertahankan kondisi yang telah dicapai S pada tahap sebelumnya.	Melihat dan mencermati kondisi S disesuaikan dengan aspek indikator keberhasilan yang ingin dicapai, selain itu mempertahankan kondisi yang telah dicapai S pada tahap sebelumnya dan kondisi pada sesi sebelumnya	Asisten peneliti merubah bentuk pertanyaan menjadi lebih sederhana lagi. Misal : “Kalau makan siang dimana?” menjadi “Makan siang di kamar sini?”
		S tidak terganggu dengan kehadiran orang lain yang berjenis kelamin berbeda dengan S (perempuan)	Melihat dan mencermati kondisi S disesuaikan dengan aspek indikator keberhasilan yang ingin dicapai, selain itu mempertahankan kondisi yang telah dicapai S pada tahap sebelumnya dan kondisi pada sesi sebelumnya	a. Asisten peneliti tetap berada di dekat peneliti saat melaksanakan kegiatan terapi b. Peneliti merubah bentuk pertanyaan menjadi lebih sederhana lagi c. Asisten peneliti menggantikan peneliti untuk bertanya kepada S	a. Asisten peneliti merubah bentuk pertanyaan menjadi lebih sederhana lagi b. Asisten peneliti berada di dalam ruangan yang sama, tapi tidak memberikan pertanyaan kepada S
		S mampu menjawab pertanyaan dari orang lain dengan jenis kelamin yang berbeda dengan S (perempuan)	Melihat dan mencermati kondisi S disesuaikan dengan aspek indikator keberhasilan yang ingin dicapai, selain itu mempertahankan kondisi yang telah dicapai S pada tahap sebelumnya dan kondisi pada 2 sesi sebelumnya		

BAB IV

HASIL INTERVENSI

IV.1 LAPORAN KEGIATAN INTERVENSI

Uraian tentang laporan kegiatan intervensi kepada S, penulis tampilkan dalam bentuk tabel. Hal ini dimaksudkan agar uraian tentang laporan kegiatan intervensi tersebut lebih terinci dan jelas sehingga diharapkan akan mempermudah dalam memahaminya.

IV.1.1 Kegiatan Intervensi Tahap 1

Tabel 4.1 Laporan Kegiatan Intervensi Tahap 1

Sessi	Kegiatan terapi	Reaksi S
1	Pertemuan 1	
	Asisten peneliti langsung meminta ijin kepada nenek S untuk masuk ke kamar S. Asisten peneliti mengucapkan salam di pintu kamar S sambil memasuki kamar tersebut.	Sesaat setelah mendengar kata-kata salam, S menoleh ke arah pintu kamar.
	Asisten peneliti berjalan ke arah S sambil mengulurkan tangan untuk bersalaman dengan S	S berdiri dari posisi duduk, mengulurkan tangan untuk bersalaman dengan ekspresi muka tersenyum. Sesaat kemudian duduk kembali.
	Asisten peneliti mengajak S untuk sholat maghrib berjamaah.	S diam saja.
2	Pertemuan 1	
	Peneliti dan asisten peneliti masuk ke kamar S. Asisten peneliti mengucapkan salam	S menoleh ke arah peneliti dan asisten peneliti
	Asisten peneliti mengulurkan tangan untuk bersalaman dengan S, kemudian memperkenalkan peneliti.	S berdiri dari posisi duduk, mengulurkan tangan untuk bersalaman dengan ekspresi muka tersenyum.
	Peneliti mengulurkan tangan untuk bersalaman dengan S.	S mengulurkan tangan untuk bersalaman dengan ekspresi muka

		tersenyum. Sesaat kemudian kembali duduk.
	Asisten peneliti mengajak S untuk sholat maghrib berjamaah	S diam saja.
	Asisten peneliti kembali mengajak S untuk sholat maghrib berjamaah	S berdiri dari posisi duduknya, lalu keluar dari kamar dan menuju kamar mandi.
	Asisten peneliti meminta S untuk mengumandangkan iqomah	S mengumandangkan iqomah
	Pertemuan 2	
	Peneliti dan asisten peneliti masuk ke kamar S. Peneliti mengucapkan salam.	S menoleh ke arah peneliti dan asisten peneliti
	Peneliti berjalan ke arah S untuk bersalaman diikuti oleh asisten peneliti	S berdiri dari posisi duduk, mengulurkan tangan untuk bersalaman dengan ekspresi muka tersenyum
	Asisten peneliti mengulurkan tangan untuk bersalaman dengan S.	S mengulurkan tangan untuk bersalaman dengan ekspresi muka tersenyum. Sesaat kemudian kembali duduk.
	Asisten peneliti keluar dari kamar sedangkan peneliti duduk di tempat tidur di samping posisi duduk S.	S duduk diam dan menundukkan kepala dengan posisi duduk menghadap tembok di depan S.
	Peneliti mengajak S untuk sholat maghrib berjamaah dengan asisten peneliti	S diam saja.
	Asisten peneliti mengajak S untuk sholat maghrib berjamaah dengan peneliti	S berdiri dari posisi duduknya, lalu keluar dari kamar dan menuju kamar mandi.
	Asisten peneliti meminta S untuk mengumandangkan iqomah	S mengumandangkan iqomah
3	Pertemuan 1	
	Peneliti masuk ke dalam kamar S sambil mengucapkan salam.	S menoleh ke arah peneliti
	Peneliti mengulurkan tangan untuk bersalaman dengan S	S berdiri dari posisi duduk, mengulurkan tangan untuk bersalaman dengan ekspresi muka tersenyum. Sesaat kemudian duduk kembali.
	Peneliti duduk di tempat tidur yang terletak di samping posisi duduk S.	S duduk diam dan menunduk kepala dengan posisi duduk menghadap tembok di depan S.
	Peneliti mengajak S untuk sholat maghrib berjamaah dengan asisten	S diam saja.

peneliti	
Asisten peneliti mengajak S untuk sholat maghrib berjamaah dengan peneliti	S berdiri dari posisi duduknya, lalu keluar dari kamar dan menuju kamar mandi.
Asisten peneliti meminta S untuk mengumandangkan iqomah	S mengumandangkan iqomah
Pertemuan 2	
Peneliti masuk ke kamar S sambil mengucapkan salam	S duduk diam dan menunduk kepala dengan posisi duduk menghadap tembok di depan S.
Peneliti duduk di tempat tidur di samping posisi duduk S.	S diam saja
Peneliti berjalan ke arah S sambil mengulurkan tangan untuk bersalaman dengan S.	S mendongakkan kepala menghadap peneliti sambil mengulurkan tangan untuk bersalaman dengan ekspresi muka tersenyum.
Peneliti mengajak S untuk sholat maghrib berjamaah dengan asisten peneliti	S diam saja.
Asisten peneliti mengajak S untuk sholat maghrib berjamaah dengan peneliti	S berdiri dari posisi duduknya, lalu keluar dari kamar dan menuju kamar mandi.
Asisten peneliti meminta S untuk mengumandangkan iqomah	S mengumandangkan iqomah

IV.1.2 Kegiatan Intervensi Tahap 2

Tabel 4.2 Laporan Kegiatan Intervensi Tahap 2

Sessi	Kegiatan terapi	Reaksi S
1	Pertemuan 1	
	Asisten peneliti masuk ke kamar S sambil mengucapkan salam	S menoleh ke arah pintu kamar.
	Asisten peneliti berjalan ke arah S sambil mengulurkan tangan untuk bersalaman dengan S	S berdiri dari posisi duduk, mengulurkan tangan untuk bersalaman dengan ekspresi muka tersenyum. Sesaat kemudian duduk kembali dan menundukkan wajah.
	Asisten peneliti tetap berdiri di dekat S, kemudian melontarkan pertanyaan sederhana kepada S. "Suka nonton tv Mas?"	S menganggukkan kepala

	Asisten peneliti duduk ditempat tidur dengan posisi menghadap S, kemudian bertanya "Minggu depan ikut puasa romadhon Mas?"	S menjawab "Iya", sambil tetap menundukkan kepala.
	Asisten peneliti kembali bertanya "Biasanya pakai sahur Mas?"	S diam saja.
	Asisten peneliti mengajak sholat maghrib berjamaah	S berdiri dari posisi duduknya, lalu keluar dari kamar dan menuju kamar mandi.
	Asisten peneliti meminta S untuk mengumandangkan iqomah	S mengumandangkan iqomah
2	Pertemuan 1	
	Asisten peneliti dan peneliti masuk ke kamar S. Peneliti mengucapkan salam	S menoleh ke arah asisten peneliti dan peneliti.
	Asisten peneliti dan peneliti duduk di tempat tidur di samping posisi duduk S, menghadap ke arah S	S duduk diam dengan posisi menundukkan kepala.
	Asisten peneliti bertanya "Puasa Mas?"	S menjawab "Iya".
	Peneliti bertanya "Tadi sahur Mas?"	S diam saja
	Asisten peneliti bertanya "Tadi sahur Mas?". Dilanjutkan dengan pertanyaan "Sahur jam berapa?"	S menganggukkan kepala. S menjawab pertanyaan kedua "Tiga".
	Peneliti bertanya "Ikut tarawih Mas?"	S diam saja
	Asisten peneliti bertanya "Kalau tarawih dimana Mas?"	S menjawab "Tidak"
	Peneliti mengajak S sholat maghrib berjamaah dengan asisten peneliti	S diam saja
	Asisten peneliti mengajak sholat maghrib berjamaah	S berdiri dari posisi duduknya, lalu keluar dari kamar dan menuju kamar mandi.
	Asisten peneliti meminta S untuk mengumandangkan iqomah	S mengumandangkan iqomah
	Peneliti mengajak S untuk buka puasa bersama	S diam saja
	Asisten peneliti mengajak S untuk buka puasa bersama	S tersenyum lalu menggelengkan kepala
	Pertemuan 2	
	Asisten peneliti dan peneliti masuk ke kamar S. Peneliti mengucapkan salam	S menoleh ke arah asisten peneliti dan peneliti.
	Asisten peneliti keluar dari kamar	S duduk diam dengan posisi

dan peneliti duduk di tempat tidur di samping posisi duduk S, menghadap ke arah S	menundukkan kepala.
Peneliti bertanya "Puasanya sudah bolong berapa Mas?"	S diam saja
Peneliti menyerahkan sebuah bingkisan kepada S sambil berkata "Ini sarung untuk Lebaran Mas."	S diam saja
Asisten peneliti masuk ke dalam kamar	S menoleh ke arah asisten peneliti
Asisten peneliti berkata "Ayo Mas, itu buat Anda kok.", sambil mengulurkan bingkisan tersebut.	S menerima bingkisan lalu meletakkannya di tempat tidur. Kemudian S kembali pada posisinya semula
Asisten peneliti bertanya "Puasanya sudah bolong?"	S menjawab "Tidak."
Peneliti bertanya "Kalau buka sama siapa Mas?"	S diam saja
Peneliti melanjutkan pertanyaan "Sama Bapak dan Ibu?"	S diam saja
Asisten peneliti ganti menanyakan pertanyaan yang sama	S tersenyum
Asisten peneliti melanjutkan pertanyaan "Sama Nenek?"	S menjawab "Iya"
Asisten peneliti bertanya "Nanti buka puasa sama-sama yuk Mas!"	S tersenyum
Asisten peneliti mengajak sholat maghrib berjamaah	S berdiri dari posisi duduknya, lalu keluar dari kamar dan menuju kamar mandi.
Asisten peneliti meminta S untuk mengumandangkan iqomah	S mengumandangkan iqomah
Peneliti mengajak S untuk buka puasa bersama	S diam saja
Asisten peneliti mengajak S untuk buka puasa bersama	S tersenyum lalu menggelengkan kepala
Pertemuan 3	
Asisten peneliti dan peneliti masuk ke kamar S. Peneliti mengucapkan salam	S menoleh ke arah asisten peneliti dan peneliti.
Asisten peneliti keluar dari kamar dan peneliti duduk di tempat tidur di samping posisi duduk S, menghadap ke arah S	S duduk diam dengan posisi menundukkan kepala.
Peneliti bertanya "Puasanya sudah bolong Mas?"	S diam saja

Peneliti bertanya "Tadi sahur Mas?"	S diam saja
Peneliti keluar dari kamar dan menyuruh asisten peneliti untuk masuk kamar	S duduk diam dengan posisi menundukkan kepala.
Asisten peneliti bertanya "Puasanya sudah bolong Mas?"	S menjawab "Tidak"
Asisten peneliti bertanya "Tadi sahur jam berapa?"	S menjawab "Tiga"
Asisten peneliti bertanya "Sahur sama siapa?"	S tersenyum
Asisten peneliti bertanya "Sama Nenek?"	S menjawab "Iya"
Asisten peneliti bertanya "Kalau sahur dimana Mas?"	S menjawab "Di situ" sambil menunjuk ke arah dapur
Asisten peneliti bertanya "Di dapur?"	S tersenyum
Peneliti masuk ke dalam kamar dan mengajak S untuk sholat berjamaah bersama Asisten peneliti	S diam saja
Asisten peneliti mengajak sholat maghrib berjamaah	S berdiri dari posisi duduknya, lalu keluar dari kamar dan menuju kamar mandi.
Asisten peneliti meminta S untuk mengumandangkan iqomah	S mengumandangkan iqomah
Asisten peneliti mengajak S untuk buka puasa bersama	S diam saja
Asisten peneliti kembali mengajak S untuk buka puasa bersama	S tersenyum lalu menggelengkan kepala
Pertemuan 4	
Asisten peneliti dan peneliti masuk ke kamar S. Peneliti mengucapkan salam	S menoleh ke arah asisten peneliti dan peneliti.
Asisten peneliti dan peneliti duduk di tempat tidur di samping posisi duduk S, menghadap ke arah S	S duduk diam dengan posisi menundukkan kepala.
Peneliti bertanya "Ikut sholat Id Mas?"	S diam saja
Peneliti bertanya "Di masjid depan itu?"	S diam saja
Peneliti bertanya "Sudah beli baju baru?"	S diam saja
Asisten peneliti bertanya "Sholat Id sama Bapak Mas?"	S tersenyum
Asisten peneliti bertanya "Di depan situ sholatnya?"	S tersenyum

Asisten peneliti berkata “Anda jangan malu-malu sama saya Mas!”	S tersenyum
Peneliti berkata “Kami Cuma mau ngobrol kok.”	S diam saja
Peneliti bertanya “Nanti buka puasa sama-sama ya Mas?”	S diam saja
Asisten peneliti berkata “Iya Mas.”	S diam saja
Peneliti mengajak sholat maghrib berjamaah	S berdiri dari posisi duduknya, lalu keluar dari kamar dan menuju kamar mandi.
Asisten peneliti meminta S untuk mengumandangkan iqomah	S mengumandangkan iqomah
3 Pertemuan I	
Asisten peneliti dan peneliti masuk ke kamar S. Peneliti mengucapkan salam	S menoleh ke arah asisten peneliti dan peneliti.
Peneliti berjalan ke arah S mengulurkan tangan untuk bersalaman sambil berkata “Maaf lahir batin Mas.”. Aktivitas ini diikuti oleh asisten peneliti	S berdiri dari posisi duduk bersalaman sambil tersenyum
Asisten peneliti dan peneliti duduk di tempat tidur di samping posisi duduk S, menghadap ke arah S	S duduk diam dengan posisi menundukkan kepala.
Peneliti bertanya “Lebaran kemana Mas?”	S diam saja
Asisten peneliti keluar dari kamar	S diam saja
Peneliti bertanya “Jadi ikut sholat Id Mas?”	S diam saja
Peneliti mengulurkan tangan ke arah S untuk menawarkan kue sambil berkata “Ayo Mas dicicipi, ini buatan saya.”	S diam saja
Asisten peneliti masuk ke dalam kamar dan berkata “Ayo Mas, cnak lho!”	S menoleh ke arah asisten peneliti
Asisten peneliti mengulurkan tangan ke arah S untuk menawarkan kue	S mengambil kue dan memakan kue tersebut
Asisten peneliti bertanya “Sholat Id dimana Mas?”	S menjawab “Tidak”
Asisten peneliti bertanya “Lebaran jalan-jalan Mas?”	S tersenyum
Peneliti mengajak S sholat maghrib berjamaah dengan asisten peneliti	S diam saja

Asisten peneliti mengajak sholat maghrib berjamaah	S berdiri dari posisi duduknya, lalu keluar dari kamar dan menuju kamar mandi.
Asisten peneliti meminta S untuk mengumandangkan iqomah	S mengumandangkan iqomah
Pertemuan 2	
Peneliti masuk ke kamar S sambil mengucapkan salam	S duduk diam dan menunduk kepala dengan posisi duduk menghadap tembok di depan S.
Peneliti duduk di tempat tidur di samping posisi duduk S.	S diam saja
Peneliti berjalan ke arah S sambil mengulurkan tangan untuk bersalaman dengan S.	S mendongakkan kepala menghadap peneliti sambil mengulurkan tangan untuk bersalaman dengan ekspresi muka tersenyum.
Asisten peneliti masuk ke dalam kamar dan duduk di tempat tidur di samping tempat duduk S menghadap ke arah S	S diam saja
Peneliti duduk di sebelah asisten peneliti	S diam saja
Peneliti bertanya "Suka nonton sepak bola Mas?"	S diam saja
Peneliti bertanya "Kalau nonton bola sendirian Mas"	S diam saja
Peneliti bertanya "Nonton sama bapak mas?"	S diam saja
Peneliti bertanya "Anda malu sama saya Mas?"	S tersenyum
Asisten peneliti berkata "Ndak perlu malu Mas."	S tersenyum
Peneliti berkata "Iya Mas.Ndak perlu malu. Kami cuma mau ngobrol kok."	S diam saja
Peneliti mengajak S sholat maghrib berjamaah dengan asisten peneliti	S diam saja
Asisten peneliti mengajak sholat maghrib berjamaah	S berdiri dari posisi duduknya, lalu keluar dari kamar dan menuju kamar mandi.
Asisten peneliti meminta S untuk mengumandangkan iqomah	S mengumandangkan iqomah

IV.2 EVALUASI KEGIATAN INTERVENSI

Seperti halnya uraian tentang laporan kegiatan intervensi kepada S, penulis juga menampilkan uraian tentang evaluasi kegiatan intervensi dalam bentuk tabel. Hal ini dimaksudkan agar uraian tentang laporan evaluasi intervensi tersebut lebih terinci dan jelas sehingga diharapkan akan mempermudah dalam memahaminya.

IV.2.1 Evaluasi Kegiatan Intervensi Tahap 1

Tabel 4.3 Evaluasi Kegiatan Intervensi Tahap 1

Sessi	Kondisi S	Evaluasi	Keterangan
1	a. S menunjukkan respon ketika diajak bersalaman oleh asisten peneliti b. S belum menunjukkan respon ketika diajak sholat berjamaah oleh asisten peneliti	S telah menunjukkan respon pada orang lain dengan jenis kelamin yang sama dengan S (laki-laki) walaupun belum sempurna	Terapi akan dilanjutkan dengan sesi 2 sambil terus melaksanakan sesi 1
2	a. S menunjukkan respon ketika diajak bersalaman oleh peneliti b. S telah menunjukkan respon ketika diajak sholat berjamaah oleh asisten peneliti c. S tidak menunjukkan respon ketika diajak sholat berjamaah oleh peneliti	S tidak terganggu dengan kehadiran orang lain yang berjenis kelamin berbeda dengan S (perempuan)	Terapi akan dilanjutkan dengan sesi 3 sambil terus melaksanakan sesi 1 sekaligus sesi 2
3	a. S menunjukkan respon ketika diajak bersalaman oleh peneliti b. S belum juga menunjukkan respon ketika diajak sholat berjamaah oleh peneliti	S menunjukkan respon pada orang lain dengan jenis kelamin yang berbeda dengan S (perempuan) walaupun belum sempurna	Terapi akan dilanjutkan dengan pelaksanaan tahap sembari terus melaksanakan tahap 1

IV.2.2 Evaluasi Kegiatan Intervensi Tahap 2

Tabel 4.4 Evaluasi Kegiatan Intervensi Tahap 2

Sessi	Kondisi S	Evaluasi	Keterangan
1	S telah memberikan jawaban berupa kata “iya” atas pertanyaan sederhana dari asisten peneliti	S telah mampu menjawab pertanyaan dari orang lain dengan jenis kelamin yang sama dengan S (laki-laki)	a. Kegiatan terapi tahap 1 terus dilaksanakan b. Terapi akan dilanjutkan dengan sesi 2
2	a. S memberikan jawaban berupa kata “iya”, “tiga” dan “disitu” atas pertanyaan yang dilontarkan oleh asisten peneliti b. S tidak memberikan jawaban atas pertanyaan dari peneliti c. S menunjukkan respon ketika diajak sholat berjamaah oleh peneliti	a. S tidak terganggu dengan kehadiran orang lain yang berjenis kelamin berbeda dengan S (perempuan) b. S mulai menunjukkan respon pada orang lain dengan jenis kelamin yang berbeda dengan S (perempuan)	a. Kegiatan terapi tahap 1 terus dilaksanakan b. Terapi akan dilanjutkan dengan sesi 3 sambil terus melaksanakan sesi 1 sekaligus sesi 2
3	a. S tidak memberikan jawaban atas pertanyaan dari peneliti b. S masih menunjukkan respon ketika diajak bersalaman oleh peneliti c. S kembali tidak menunjukkan respon ketika diajak sholat berjamaah oleh peneliti	S belum mampu menjawab pertanyaan dari orang lain dengan jenis kelamin yang berbeda dengan S (perempuan)	Kegiatan terapi terhenti karena peneliti berhalangan hadir untuk melanjutkan terapi (peneliti melahirkan)

IV.3 ANALISA HASIL KEGIATAN INTERVENSI

IV.3.1 Analisa Hasil Kegiatan Intervensi Tahap 1

S telah menunjukkan respon kepada asisten peneliti pada pertemuan pertama dari 1 kali pertemuan terapi sesi 1 yang dirancang untuk S. Hal ini karena pada dasarnya S tidak mengalami kesulitan untuk merespon orang lain yang berjenis kelamin laki-laki.

S tidak merasa terganggu dengan kehadiran peneliti, hal ini terlihat pada pertemuan pertama dari 3 kali pertemuan terapi sesi 2 yang dirancang untuk S. Hal ini disebabkan kehadiran peneliti masih bersama dengan kehadiran asisten peneliti.

S juga telah menunjukkan respon kepada peneliti ketika diajak bersalaman, yang terlihat pada pertemuan pertama dari 3 kali pertemuan terapi sesi 2 yang dirancang untuk S. Hal ini karena stimulus yang harus direspon oleh S berupa stimulus sederhana.

S telah menunjukkan respon kepada asisten peneliti untuk diajak sholat berjamaah pada pertemuan pertama sesi 2, S tidak menunjukkan respon ketika peneliti mengajak S untuk sholat berjamaah pada setiap pertemuan dari sesi 2 dan juga pada setiap pertemuan dari sesi 3. Hal ini karena S pada dasarnya mempunyai kesulitan untuk berelasi sosial dengan perempuan.

IV.3.2 Analisa Hasil Kegiatan Intervensi Tahap 2

S telah memberikan jawaban dengan kata “iya” atas pertanyaan dari asisten peneliti pada pertemuan pertama dari 2 kali pertemuan terapi sesi I yang dirancang untuk S. Hal ini karena bentuk pertanyaan yang sederhana dan S pada dasarnya tidak mengalami kesulitan untuk menjalin relasi sosial dengan orang lain yang berjenis kelamin laki-laki.

Dimulai dari pertemuan pertama sesi 2 S tidak merasa terganggu dengan kehadiran peneliti, juga telah menjawab pertanyaan asisten peneliti dengan kata-kata selain “iya” dan “tidak”. Hal ini terjadi karena kehadiran peneliti masih bersama dengan asisten peneliti. S belum menjawab pertanyaan dari peneliti pada setiap pertemuan dari sesi 2 dan sesi 3. Hal ini karena S kesulitan untuk berelasi sosial dengan perempuan.

Perubahan respon dari S terjadi pada pertemuan ke-4 sesi 3, dimana S menunjukkan respon ketika peneliti mengajak untuk sholat berjamaah. Hal ini disebabkan S sudah mulai terbiasa dengan kehadiran peneliti.

Perkembangan positif dari respon yang diberikan S tersebut tidak bertahan lama karena pada pertemuan pertama sesi 3, S kembali tidak menunjukkan respon ketika peneliti mengajak untuk sholat berjamaah. Hal ini disebabkan karena ada jeda selama 2 minggu waktu pelaksanaan terapi dari sesi 2 ke sesi 3, peneliti berhalangan hadir untuk memberikan terapi karena bersamaan dengan Hari Raya Idul Fitri.

Perubahan respon S juga terjadi pada pertemuan ke-2 sesi 3, S menjawab pertanyaan dari peneliti dengan ekspresi muka tersenyum. Hal ini karena S sudah mulai terbiasa kembali dengan kehadiran peneliti.

Sesi 3 yang sedianya dilaksanakan dalam 3 kali pertemuan, tidak bisa terlaksana sesuai dengan rancangan yang dibuat oleh peneliti, karena alasan pribadi peneliti yaitu melahirkan. Kurang lebih selama sebulan peneliti tidak melaksanakan kegiatan terapi kepada S. Pelaksanaan terapi kepada S terhenti samapai dengan pertemuan ke-2.

IV.3.3 Analisa Hasil Kegiatan Intervensi secara umum

Secara umum kegiatan intervensi terhadap S bisa dikatakan tidak berjalan dengan efektif. Hal ini dibuktikan dengan sedikitnya perubahan yang terjadi pada diri S setelah beberapa kali sesi pertemuan terapi terhadap S. Perubahan tersebut antara lain : S akhirnya menunjukkan respon ketika diajak sholat berjamaah oleh peneliti dan juga menjawab pertanyaan peneliti dengan senyuman.

Ketidakefektifan kegiatan intervensi ini dikarenakan saat S mulai menjalani *social skill therapy*, S tidak lagi menjalani bentuk terapi lain misalnya psikofarmaka ataupun psikoterapi. Hal ini bertentangan dengan teori dari Hawari (2001;3) bahwa untuk mendapatkan kesembuhan maksimal bagi penderita *schizophrenia* maka penderita tersebut harus menjalani terapi yang terpadu dan komprehensif.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

V.1 KESIMPULAN

Berdasarkan pembahasan tentang kegiatan intervensi yang telah dilaksanakan terhadap S maka peneliti dapat menyebutkan beberapa kesimpulan tentang kegiatan intervensi tersebut, yaitu :

1. Setelah menjalani beberapa sesi pertemuan kegiatan *social skill therapy*, S mengalami peningkatan dalam menjalin relasi sosial dengan orang lain di luar anggota keluarga inti yang berjenis kelamin sama dengan S (laki-laki).
2. Setelah menjalani beberapa sesi pertemuan kegiatan *social skill therapy*, S tidak mengalami peningkatan yang berarti dalam menjalin relasi sosial dengan orang lain di luar anggota keluarga inti yang berbeda jenis kelaminnya dengan S (perempuan). S masih mengalami kesulitan untuk menjalin relasi Sosial S dengan orang lain di luar anggota keluarga inti yang berbeda jenis kelaminnya dengan S (perempuan).
3. Pelaksanaan kegiatan *social skill therapy* yang sempat berhenti atau tidak berkesinambungan membuat perubahan yang telah terbentuk pada S menjadi kembali seperti keadaan semula saat S belum menjalani terapi.
4. Ketidakefektifan kegiatan intervensi terhadap S disebabkan saat mulai menjalani *social skill therapy* S belum menyelesaikan terapi psikofarmaka yang seharusnya dijalani oleh S.

V.2 SARAN

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan sebelumnya maka peneliti dapat memberikan beberapa saran untuk pelaksanaan intervensi kepada S, yaitu :

1. Sebaiknya sebelum memulai pelaksanaan *Social Skill Therapy* S menyelesaikan terapi psikofarmaka dari dokter terlebih dahulu atau terapi psikofarmaka dijalankan bersamaan dengan *Social Skill Therapy*.
2. Pelaksanaan *Social Skill Therapy* sebaiknya dilaksanakan secara berkesinambungan agar hasil yang bisa dicapai juga maksimal.

Saran untuk keluarga S :

1. Membantu S secara aktif agar teratur menjalani terapi psikofarmaka dari dokter.
2. Meneruskan pelaksanaan *Social Skill Therapy* kepada S secara mandiri tanpa pendampingan dari peneliti dengan menciptakan kesempatan bertemu dan bersosialisasi dengan orang lain di luar anggota keluarga inti untuk S.

Saran untuk S :

S diharapkan tetap melaksanakan Terapi Psikofarmaka yaitu medikasi injeksi dan juga medikasi oral, agar hasil akhir dari proses penyembuhan maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Arif, I.M., (2006), *Skizofrenia Memahami Dinamika Keluarga Pasien*, Bandung : Refika Aditama
- Corsini, R.J., & Wedding, D., (2000), *Current Psychotherapies*, Sixth Edition, Itasca Illinois : F.E Peacock Publishers, Inc.
- Csernansky, J.G., (2002), *Schizophrenia : A New Guide for Clinicians*, New York : Marcel Dekker
- Groth-Marnat, G., (1999), *Handbook of Psychological Assessment*, Third Edition, New York : John Wiley & Sons, Inc.,
- Hawari, D., (2001), *Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*, Jakarta : Balai Penerbit FKUI
- Kaplan & Sadock, (1997), *Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis Jilid Satu* (Alih Bahasa oleh Dr. Widjaja Kusuma), Edisi Ketujuh, Jakarta : Binarupa Aksara
- Maramis, W.F., (1998), *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*, Surabaya : Airlangga University Press
- Maslim, R., (2003), *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III*, Jakarta : tanpa penerbit
- McBurnett, K., & Pfiffner, L.J., (1997), Social skill training with parent generalization : Treatment effects for children with attention deficit disorder, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (5), 749-757
- Michener, H.A., and Delamater, J.D., (1999), *Social Psychology*, Fourth Edition, Orlando : Harcourt Brace College Publishers
- Mueser, K.T., Sengupta, A., Bellack, A.S., Glick, I.D., Schooler, N.R., Xie, H., & Keith, S.J., (2001), Family treatment and medication dosage reduction in schizophrenia : Effects on patient social functioning, family attitudes. and burden, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 3-12
- Trull, T.J., and Phares, E.J., (2001), *Clinical Psychology*, Sixth Edition, Stamford : Wadsworth,

LAPORAN HASIL PEMERIKSAAN PSIKOLOGI**A. IDENTITAS**

Nama	: S.A
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Tahun Lahir	: 1980
Usia	: 25 tahun
Suku Bangsa	: Jawa
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: -
Status perkawinan	: Belum menikah
Alamat	: Kec. N, Kab. P
Status dalam keluarga	: Anak 1 dari 3 bersaudara
Nama Ayah	: M
Usia	: 48 th
Suku Bangsa	: Jawa
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Kec. N, Kab. P
Nama Ibu	: S
Usia	: 42 th
Suku Bangsa	: Jawa
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: idem ayah
Alamat	: idem ayah

Keluhan keluarga S	: S jarang keluar dari kamar dan tidak melakukan aktivitas apapun di dalam kamar tersebut
Tujuan Pemeriksaan	: Evaluasi kepribadian sebagai data psikologi klien
Waktu Pemeriksaan	: 22, 29 Juli 2005 dan 5, 12 Agustus 2005
Tempat pemeriksaan	: Rumah kakek S
Pemeriksa	: Diana Savitri Hidayati (090315179M)

B. STATUS PRAESENS

S adalah seorang laki-laki kurus dengan tinggi badan kurang lebih 160 cm dan berat badan 50 kg. Rambutnya bergelombang, tumbuh mencapai bahunya dan terlihat berantakan seperti tidak pernah disisir. Wajah S ditumbuhi kumis dan cambang yang tidak teratur serta sebagian matanya tertutupi oleh rambutnya. Warna kulit S tampak bersih. Penampilan S terlihat lusuh dan tidak bersemangat. Secara umum selama proses pengambilan data berlangsung, S lebih banyak duduk diam dan terpaku di atas kursi di dalam kamar nenek S.

C. KELUHAN AWAL

Kurang lebih sejak 2 tahun yang lalu S mulai sulit diajak keluar rumah dan lebih senang berada di dalam rumah khususnya di dalam kamar. Selain itu S jarang mau bertemu dengan teman-teman S yang berkunjung ke rumah S. S hanya mau bergaul dan bertemu dengan anggota keluarga inti S, yaitu Kakek S, Nenek S, Ayah S, Ibu S dan 2 orang adik S. Kegiatan yang dilakukan S di dalam kamar adalah menonton televisi, namun tidak jarang S terlihat duduk diam tanpa bergerak sedikitpun selama beberapa menit.

D. HETEROANAMNESA

Nenek S

Sejak usia kurang lebih 1 bulan, S telah tinggal dan dirawat oleh kakek S dan nenek S. Hal ini terjadi karena ibu S mengalami sakit sehingga tidak bisa lagi menyusui S. Meskipun nenek S adalah nenek tiri S, namun nenek S ini sangat menyayangi S karena tidak mempunyai anak.

Nenek S mengatakan bahwa S mulai menjadi pendiam ketika sekolah di SMP. Hal ini disebabkan karena S dilarang pacaran oleh kakek S. Setelah lulus SMP S hanya keluar rumah ketika diminta oleh kakek S untuk menemani beliau pergi ke sawah.

S sangat disayang dan dekat dengan kakek S, bahkan dimanja. Hal ini dibuktikan ketika S dibeli mobil oleh kakek S. Mobil tersebut hanya S yang menggunakannya dan dipakai untuk mengantar kakek S ke sawah. Setelah S menolak untuk ke luar rumah, S selalu bertanya dari balik kaca depan rumah ketika mobil tersebut digunakan oleh ayah S.

Saat S mulai menolak untuk keluar rumah dan lebih memilih untuk tinggal di rumah sendirian, Kakek S dan nenek S sudah sering membujuk S untuk mau diajak ke sawah, namun S menolak dan lebih senang di rumah. Kegiatan S saat itu hanya duduk di dalam kamar dan menonton televisi. Tidak jarang S terlihat duduk dan tidak bergerak sama sekali, terutama bila ada tamu datang.

Lama-kelamaan kondisi tersebut semakin parah. S mulai malas mandi atau melakukan kegiatan perawatan diri lainnya seperti berganti baju atau menyisir rambut. Bila tidak sedang menonton televisi S hanya tidur atau terlihat duduk diam tanpa bergerak sama sekali dalam jangka waktu yang lebih lama dari kondisi sebelumnya. Melihat keadaan seperti itu, Kakek S memutuskan untuk memanggil dokter kenalan dekat keluarga tersebut.

Saat dokter tersebut datang pertama kali dan mengajak S berkenalan, S hanya berdiri mematung dan tidak bergerak sama sekali. Ketika dokter memutuskan untuk memberi injeksi kepada S, S berontak dan marah. Usaha untuk memberi injeksi tersebut baru berhasil ketika S ditenangkan oleh 3

orang sepupu jauh S yang merupakan laki-laki dewasa. Masing-masing orang memegang bagian kepala dan pundak S, tubuh S dan yang terakhir memegang kaki S. Sampai saat ini S masih marah dan merasa dendam kepada ketiga orang sepupu jauhnya tersebut. Hal ini dibuktikan dengan S mendiamkan mereka ketika mengunjungi S.

Setelah beberapa kali kunjungan dari dokter tersebut, keadaan S agak membaik. S sudah bersedia mandi dengan suruhan dari kakek S, walaupun hanya sehari sekali. Melihat perubahan tersebut, kakek S memutuskan untuk menghentikan kunjungan dokter dan meminta agar S hanya diberi obat yang diminum saja.

Kurang lebih 4 bulan yang lalu kakek S meninggal dunia. Sebelum kakek S meninggal, kakek S menderita sakit. Saat kakek S sakit, S dengan setia menunggu kakeknya bahkan tidur seranjang dengan kakeknya. Setelah kakek S meninggal, keadaan S menjadi berubah hampir seperti saat sebelum dokter datang mengunjungi S. S kembali menolak untuk mandi dan berganti pakaian dan kembali menghabiskan waktu siangya di dalam kamar dengan menonton televisi atau tidur sambil menunggu nenek S pulang dari sawah. S bahkan tidak pernah lagi pergi ke rumah orang tua S. Meskipun demikian S pernah terlihat mengintip dari balik korden pintu depan ketika di depan rumah kakek S ada keramaian kegiatan HUT Kemerdekaan RI. Selain itu S mulai menolak untuk meminum obat dari dokter.

Nenek S menambahkan bahwa setelah kakek S meninggal bila S merasa lapar maka S biasanya meminta makan kepada nenek S, kalau nenek S tidak kunjung datang ke kamar S maka S akan beranjak ke dapur dan meminta makan kepada nenek S. Oleh karena itu setiap pagi nenek S selalu menunggu S menyelesaikan makan paginya terlebih dulu baru berangkat ke sawah. Kadang-kadang S menginginkan untuk berganti pakaian walaupun tanpa mandi dan hal tersebut dilakukan S diawali dengan bertanya kepada nenek S dimana letak pakaiannya.

Ibu S

Menurut ibu S, latar belakang S menjadi pendiam saat duduk di bangku SMP adalah karena dilarang pacaran oleh ibu S. Ibu S juga berpendapat bahwa S tidak gila karena selama ini tidak pernah sekalipun marah seperti layaknya ciri-ciri orang gila lainnya.

Ibu S mempunyai keinginan untuk menikahkan S dengan tujuan agar S merasa punya tanggung jawab kepada keluarganya. Namun Ibu S merasa kesulitan untuk mewujudkan harapannya tersebut karena Ibu S sadar bahwa untuk menikah, seseorang harus punya mempunyai banyak teman terlebih dulu sedangkan S bergaul ke luar rumah saja tidak pernah.

Ayah S

Kurang lebih sejak duduk di kelas 2 SMP, S menjadi pendiam dan menghindar untuk bergaul dengan teman-teman sekolahnya. Ayah S mengatakan bahwa hal ini disebabkan karena S merasa minder karena tidak mampu mengikuti pelajaran dengan baik, padahal saat di kelas 1 SMP prestasi sekolah S baik-baik saja. Ayah S menambahkan bahwa S terpaksa diluluskan oleh kepala sekolah SMP S dengan pertimbangan bahwa usia S semakin tua dan S bukan anak nakal di sekolah tersebut.

S sampai saat ini masih dendam dan tidak mau berbicara kepada 3 orang sepupu S yang membantu memegangi S ketika hendak diinjeksi oleh dokter untuk yang pertama kali. Selain itu S jarang mau mengganti baju, jarang mandi dan menghindari lampu atau S lebih senang bila keadaan kamarnya gelap tanpa nyala lampu. Meskipun demikian ayah S selalu berusaha mengajak S untuk sholat berjamaah terutama sholat maghrib dan S bersedia.

Suatu ketika ayah S berinisiatif memandikan S dibantu oleh ibu S. S menolak dan hanya mau melepaskan pakaian bagian atasnya untuk diseka dengan air hangat. Setelah kejadian tersebut, S tidak mau bicara kepada ayah S selama hampir seminggu.

Adik S

S adalah cucu pertama laki-laki dari istri kedua ayah S. Sebelum menikah dengan ibu S, ayah S pernah menikah dengan wanita lain dan memperoleh 1 orang anak perempuan yang usianya kurang lebih 3 tahun lebih tua daripada S. Saat ini kakak tiri S tersebut sudah menikah dan tinggal tidak jauh dari rumah S. Hubungan keluarga S dengan kakak tiri S baik-baik saja.

Sebagai cucu pertama laki-laki, S sangat dekat dengan kakek S dan disayangi. Hal inilah yang menyebabkan S menjadi nakal ketika sekolah dulu.

Suatu ketika S saat S masih duduk di bangku SMP, S pergi memancing dengan teman S yang masih terhitung saudara tanpa pamit kepada siapapun. Kakek S, nenek S, ayah S dan ibu S bingung mencari S karena sampai malam S belum pulang juga. Ketika S pulang, ayah S memarahi S dengan cara membentak S. Hal itu menyebabkan S menjadi marah dan mendiamkan ayah S sampai kurang lebih 2 minggu.

Menurut adik S, prestasi sekolah S biasa-biasa saja. Setelah kelas 2 SMP, prestasi sekolah S malah semakin menurun. Pihak sekolah memutuskan untuk tetap meluluskan S karena pertimbangan rasa kasihan walaupun S seharusnya tidak bisa lulus.

Setelah lulus SMP S tidak bekerja dan sering diajak kakek S ke sawah. Seseekali S main ke rumah orang tua S dan menonton VCD. S juga tidak mau menemui bahkan tidak acuh ketika seorang teman wanita S sering datang berkunjung ke rumah kakek S.

Adik S menambahkan, sebelum kakek S meninggal beliau mengalami sakit yang agak lama. S selalu tidur seranjang dengan kakek S untuk menemani beliau saat itu. Kakek S meninggal kurang lebih 4 bulan yang lalu.

Adik S juga menceritakan hal yang sama dengan nenek S dan Ayah S yaitu bahwa sampai saat ini S masih merasa dendam kepada 3 orang sepupu jauh S yang membantu memegangi S ketika hendak diinjeksi oleh dokter.

E. OBSERVASI

Kunjungan pertama pemeriksa ke rumah kakek S, pemeriksa bertemu dengan nenek S dan langsung mempersilahkan pemeriksa untuk duduk di ruang keluarga rumah tersebut. Kemudian nenek S masuk ke dalam kamar tempat S biasa berada. Nenek mempersilahkan pemeriksa untuk masuk ke dalam kamar tersebut. S terlihat sedang duduk di atas kursi di pojok kamar dan langsung berdiri untuk bersalaman dengan pemeriksa. Pemeriksa juga memperkenalkan suami pemeriksa kepada S. Saat bersalaman, S menampakkan ekspresi wajah tersenyum. Selesai bersalaman S kembali duduk di kursi yang sama tempat S duduk sebelum kami datang, dengan posisi tertunduk. S mengenakan hem lengan panjang berwarna merah dan sarung dengan motif kotak-kotak dengan warna merah pula.

Suasana dalam kamar berukuran 3 x 2,5 meter tersebut tampak sesak karena diisi oleh sebuah tempat tidur berukuran 1,5 x 2 meter, sebuah lemari pakaian dan sebuah televisi berwarna berukuran 21 inci. Kursi tempat S duduk terletak di antara televisi dan tempat tidur. Posisi duduk S tidak menghadap ke arah televisi melainkan menyamping dan menghadap ke arah tembok di depan S.

Pada kunjungan kedua, S masih mengenakan pakaian yang sama dengan pakaian yang dikenakannya pada kunjungan pemeriksa sebelumnya. Nenek S mempersilahkan kami untuk duduk di ruang keluarga rumah tersebut kemudian nenek S masuk ke dalam kamar tempat S berada dan mengatakan kepada S tentang kedatangan kami. Kurang lebih 5 menit kemudian S terlihat berdiri di ambang pintu kamar tersebut namun tidak melangkah keluar dari kamar. S bersalaman dengan pemeriksa dan suami pemeriksa sambil tersenyum. Setelah itu S kembali masuk ke dalam kamar dan duduk di kursinya. Pemeriksa mengikuti S masuk ke dalam kamar dengan maksud memberi S bingkisan, namun S hanya tertunduk tanpa sedikitpun melihat ke arah pemeriksa. Hal lain terjadi ketika suami pemeriksa yang menyerahkan bingkisan tersebut kepada S, S menerima bingkisan tersebut dan meletakkannya di atas tempat tidur. Setelah itu kami kembali duduk di ruang

keluarga untuk mengadakan wawancara kepada ayah S dan ibu S yang kebetulan kemudian datang ke rumah tersebut.

Saat sholat maghrib, S diperintahkan oleh ayah S untuk ikut sholat berjamaah dengan kami. S terlihat di anbang pintu, namun kemudian beringsut kembali masuk kamar setelah melihat pemeriksa yang duduk di kursi yang terdekat dengan pintu kamar tersebut. Ayah S kembali masuk kamar dan menyuruh S untuk segera berwudhu. Sesaat kemudian S keluar kamar dan langsung masuk ke dalam kamar mandi yang terletak di seberang kamar yang ditempati S tersebut. Selesai berwudhu dan masih dengan pakaian yang sama, S mengenakan sebuah peci yang warna hitamnya sudah agak pudar dan terlihat kekecilan di kepala S. S mengenakan peci tersebut sambil berjalan ke arah musholla yang terletak di bagian depan rumah tersebut. Ayah S menjadi imam sedangkan S, suami pemeriksa dan pemeriksa menjadi makmum dalam sholat maghrib tersebut. Sebelum memulai sholat, ayah S memerintahkan kepada S untuk iqomat dan S melakukannya dengan baik meskipun terkesan tergesa-gesa.

Selesai sholat maghrib dan berdoa dengan dipimpin oleh ayah S, S kembali ke dalam kamar dan kembali duduk di kursinya dalam posisi tertunduk. Suami pemeriksa masuk ke dalam kamar dan menawarkan kue kepada S yang langsung diambil oleh S dan dimakan. Tidak lama kemudian ayah S masuk ke dalam kamar tersebut dan langsung menyalakan lampu kamar yang memang belum dinyalakan. Setelah lampu menyala S langsung berdiri dari kursinya dan mematikan kembali lampu yang baru saja dinyalakan tersebut dan kemudian langsung duduk kembali di kursinya dengan posisi menghadap tembok. Lalu ayah S menyalakan televisi di samping S dan mengajak kami untuk kembali duduk di ruang keluarga. Posisi duduk S ketika kami keluar dari kamar tetap menghadap tembok dengan posisi kepala tertunduk.

Saat kami bermaksud berpamitan kepada S dan masuk ke dalam kamar tersebut, S masih dalam posisi yang sama ketika kami tinggalkan sebelumnya. S berdiri dari kursinya dan bersalaman sambil tersenyum kepada kami.

Pada kunjungan ketiga, S menyambut kami dengan bersalaman dan tersenyum di depan pintu kamar tempat S biasa menghabiskan waktunya atas suruhan dari nenek S. Posisi berdiri S kali ini kurang lebih satu langkah di depan pintu kamar. Waktu yang dibutuhkan oleh nenek S untuk menyuruh S menyambut kami tidak terlalu lama bila dibandingkan dengan kunjungan sebelumnya. Kali ini S terlihat mengenakan pakaian dengan warna yang berbeda yaitu kombinasi atasan kotak-kotak warna krem dan sarung kotak-kotak warna coklat tua. Selesai bersalaman S kembali ke kamar dan duduk di kursinya, pemeriksa mengikuti S dan duduk di atas tempat tidur S. Pemeriksa bertanya kepada S tentang bagaimana kabar S, S diam saja dan tetap tertunduk. Pemeriksa kembali bertanya tentang acara televisi favorit S, S tetap tidak diam saja.

Pemeriksa kemudian keluar dari kamar tersebut dan menyuruh suami pemeriksa untuk masuk dan bertanya tentang hal yang sama yang telah ditanyakan pemeriksa kepada S. S ternyata tetap diam saja dan tidak menjawab sedikitpun namun hanya menunjukkan ekspresi wajah tersenyum.

Pemeriksa masuk ke dalam kamar sambil membawa sehelai kertas dan pensil. Pemeriksa duduk di samping suami pemeriksa menghadap ke arah S sambil bertanya kepada S “apakah S senang menggambar?”, namun S diam saja. Suami pemeriksa kemudian menanyakan ulang hal yang sama, S tetap diam saja. Sesaat kemudian pemeriksa keluar dari kamar dan meminta suami pemeriksa untuk meminta tolong kepada S untuk menggambar rumah, pohon dan orang. Reaksi S, S diam saja. Kemudian suami pemeriksa meminta S untuk menggambar pohon sambil mengulurkan kertas dan pensil ke arah S. S tampak menggelengkan kepala sambil tetap menunduk.

Kunjungan keempat S menyambut kami kurang lebih selangkah di luar pintu kamar yang biasa ditempatinya dengan bersalaman dan tersenyum, dan langsung kembali masuk kamar dan duduk di kursi dengan posisi wajah menghadap tembok. Suami pemeriksa mengikuti S masuk ke dalam kamar dan langsung bertanya kepada S apakah S tidak tahu bahwa sore itu ada acara

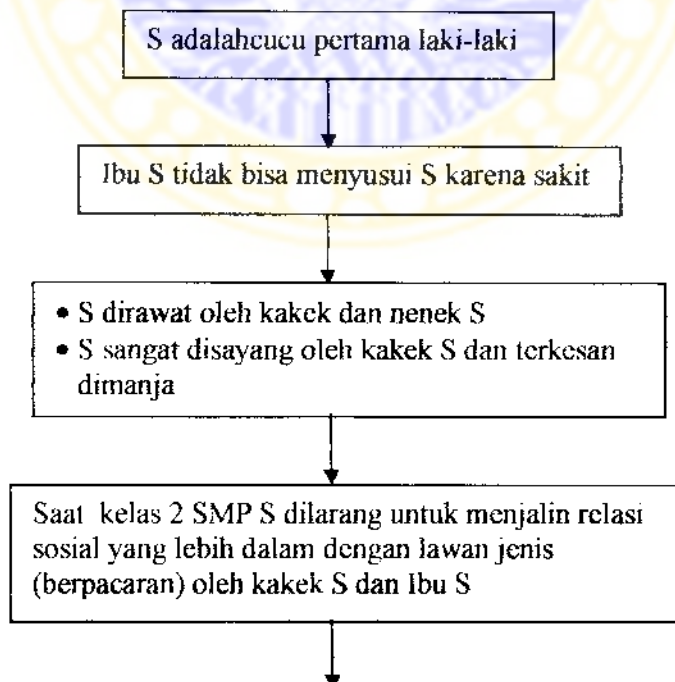
tayangan langsung pertandingan sepakbola antara PSM dan Persija. S hanya tersenyum.

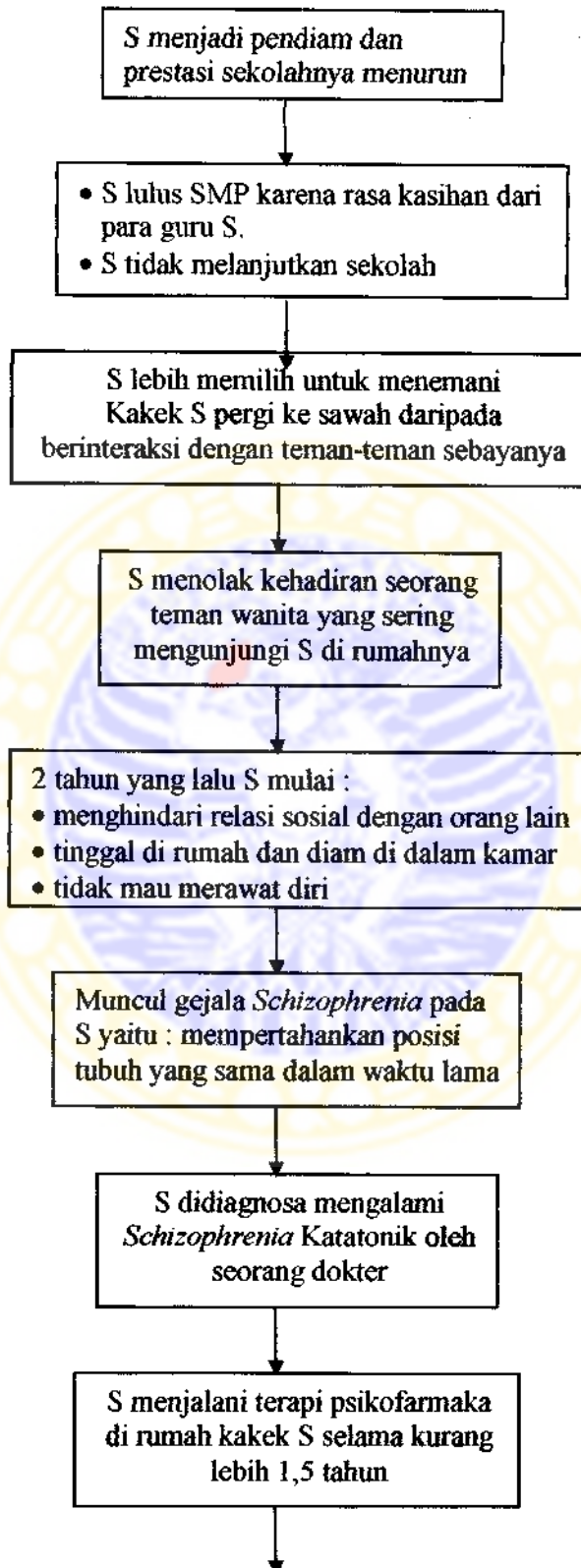
Di dalam kamar, suami pemeriksa meminta S untuk menyalakan televisi, S terlihat merubah posisi kakinya dengan tujuan untuk mempersilahkan suami pemeriksa untuk menyalakan sendiri televisi tersebut. Suami pemeriksa berusaha menyalakan televisi tersebut namun tidak berhasil karena tidak mengetahui letak tombol antena televisi tersebut. Saat itulah S langsung berdiri dan memencet tombol antena yang berada di belakang televisi tersebut dan langsung duduk kembali dengan posisi yang sama sebelum berdiri yaitu duduk menghadap tembok dengan kepala tertunduk. Setelah itu suami pemeriksa bertanya kepada S tentang letak nomor sebuah stasiun televisi swasta pada remote televisi tersebut, S hanya diam saja sampai akhirnya suami pemeriksa berhasil menemukannya sendiri. Kemudian suami pemeriksa mengajak S untuk menonton acara tersebut sambil duduk di pinggir tempat tidur, S kemudian memalingkan wajahnya ke arah televisi. Sesekali S masih terlihat menundukkan kepala

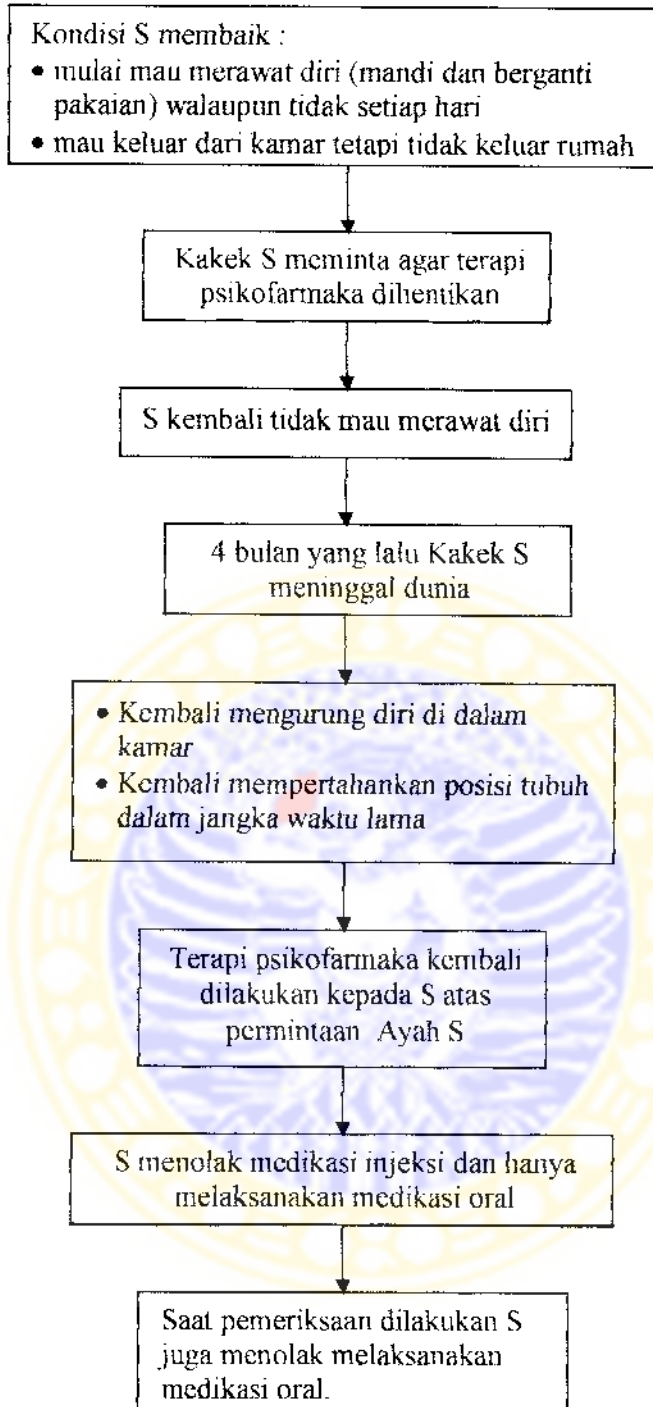
Pemeriksa mengamati S dari arah tempat tidur. Kurang lebih 10 menit kemudian S merubah posisi duduknya, yaitu setengah badannya mulai menghadap televisi. Ketika tiba-tiba suami pemeriksa bertanya sesuatu kepada pemeriksa, S terlihat menolehkan wajahnya ke arah suami pemeriksa namun langsung kembali melihat ke arah televisi. Posisi S menghadap ke sebuah kaca sehingga walaupun S membelakangi pemeriksa, pemeriksa masih bisa melihat ekspresi wajah S. Beberapa kali S terlihat memunculkan mimik wajah serius ketika pertandingan agak tegang. S menolak ketika pemeriksa menawarinya sebuah kue dengan menggelengkan kepala dan tidak melihat ke arah pemeriksa sedikitpun. Hal yang sama juga dilakukan oleh S ketika suami pemeriksa menawari S dengan kue yang sama. Menjelang pertandingan berakhir, posisi duduk S telah sepenuhnya menghadap ke arah televisi. Acara pertandingan sepak bola selesai kurang lebih 5 menit sebelum adzan Maghrib dari stasiun televisi tersebut berkumandang.

Nenek S masuk ke dalam kamar dan menyuruh S untuk sholat Maghrib berjamaah dengan pemeriksa dan suami pemeriksa tetapi S diam saja dan merubah posisi duduknya kembali menghadap tembok. Setelah selesai berwudhu, suami pemeriksa mengajak S untuk sholat Maghrib berjamaah dan menunggunya di mushola rumah tersebut. S tidak menanggapi ajakan tersebut dan tetap diam saja dengan posisi kepala menunduk. Nenek S kembali masuk ke dalam kamar untuk menyuruh S sholat maghrib bersama kami. S terlihat menggelengkan kepala. Nenek S mendekati S dan tampak berbicara sesuatu kepada S yang tidak terdengar oleh pemeriksa karena pemeriksa mengamati kejadian tersebut dari arah pintu kamar tersebut. Kurang lebih 3 menit kemudian S tampak berdiri dan berjalan ke luar dari kamar menuju kamar mandi. Selesai berwudhu, S meraih peci hitam yang terletak di atas tempat tidur di depan kamar mandi. S memakai peci tersebut sambil berjalan ke arah mushola. Nenek S mengikuti S sambil menyuruh S untuk Iqomah, setelah itu kembali ke ruang duduk dan tidak ikut sholat maghrib berjamaah. S melaksanakan iqomah dengan baik meskipun terkesan terburu-buru.

F. BAGAN ALUR







G. KESIMPULAN AWAL

S tumbuh dengan kasih sayang yang berlebih dari kakeknya sebagai cucu pertama laki-laki. Peran kakek dan nenek S menggantikan peran orang tua yang sebenarnya walaupun nenek S lebih berperan sebagai kepanjangan tangan dari kakek S. Ayah dan Ibu S tidak banyak berperan dalam mendidik dan mengasuh S sehingga S lebih menuruti kakeknya dibandingkan ayahnya.

Kasih sayang berlebih dan bahkan ada kesan dimanjakan dari kakek S menyebabkan S menjadi individu yang tidak pernah mempunyai pengalaman dalam menghadapi masalah. Saat menghadapi masalah yaitu tidak terealisasinya harapan S untuk berpacaran, S lebih memilih untuk menyelesaikan masalah tersebut dengan menghindari dari masalah tersebut yaitu dengan menarik diri dari relasi sosial dengan orang lain di luar anggota keluarga inti S.

Masalah yang tidak terselesaikan tersebut akhirnya semakin membuat S terpuruk (depresi) sehingga akhirnya mulai mengalami gejala-gejala *schizophrenia*.

H. INTERPRETASI FRAGMENTAL**Aspek Dorongan**

Uraian	Data
<ul style="list-style-type: none"> • S hanya keluar rumah ketika diminta oleh kakek S untuk menemani beliau pergi ke sawah 	Heteroanamnesa nenek S
<ul style="list-style-type: none"> • Waktu yang dibutuhkan oleh nenek S untuk menyuruh S menyambut kami tidak terlalu lama bila dibandingkan dengan kunjungan sebelumnya • suami pemeriksa meminta S untuk menggambar pohon sambil mengulurkan kertas dan pensil ke arah S. S tampak menggelengkan kepala sambil tetap menunduk • Kurang lebih 10 menit kemudian S merubah posisi duduknya, yaitu setengah badannya mulai menghadap televisi. Menjelang pertandingan berakhir, posisi duduk S telah sepenuhnya menghadap ke arah televisi • suami pemeriksa mengajak S untuk sholat Maghrib berjamaah dan menunggunya di mushola rumah tersebut. S tidak menanggapi ajakan tersebut dan tetap diam saja dengan posisi kepala menunduk. 	Observasi

<ul style="list-style-type: none"> • Nenek S kembali masuk ke dalam kamar untuk menyuruh S sholat maghrib bersama kami. S terlihat menggelengkan kepala. Nenek S mendekati S dan tampak berbicara sesuatu kepada S yang tidak terdengar oleh pemeriksa karena pemeriksa mengamati kejadian tersebut dari arah pintu kamar tersebut. Kurang lebih 3 menit kemudian S tampak berdiri dan berjalan ke luar dari kamar menuju kamar mandi • Nenek S mengikuti S sambil menyuruh S untuk Iqomah. setelah itu kembali ke ruang duduk dan tidak ikut sholat maghrib berjamaah. S melaksanakan iqomah dengan baik meskipun terkesan terburu-buru 	
--	--

Kesimpulan :

S adalah individu yang kurang mempunyai dorongan atau motivasi dalam kehidupan sehari-harinya. Tindakan yang dikerjakan S hampir semuanya atas perintah atau permintaan dari orang lain khususnya orang-orang yang sangat berperan dalam kehidupan awal S, yaitu kakek S dan juga Nenek S. Selain itu S terlihat memberi respon terhadap sebuah kejadian atau aktivitas bila kejadian atau aktivitas tersebut berhubungan dengan hal-hal yang memang disenangi oleh S.

Aspek Emosi

Uraian	Data
<ul style="list-style-type: none"> • S sangat dekat dengan kakek S dan disayangi • sebelum kakek S meninggal beliau mengalami sakit yang agak lama. S selalu tidur seranjang dengan kakek S untuk menemani beliau saat itu • ayah S memarahi S dengan cara membentak S. Hal itu menyebabkan S menjadi marah dan mendiamkan ayah S sampai kurang lebih 2 minggu • S masih merasa dendam kepada 3 orang sepupu jauh S yang membantu memegangi S ketika hendak diinjeksi oleh dokter 	Heteroanamnesa Adik S
<ul style="list-style-type: none"> • Saat kakek S sakit, S dengan setia menunggui kakeknya bahkan tidur seranjang dengan kakeknya • Sampai saat ini S masih marah dan merasa dendam kepada ketiga orang sepupu jauhnya tersebut. Hal ini dibuktikan dengan S mendiamkan mereka ketika mengunjungi S 	Heteroanamnesa nenek S
<ul style="list-style-type: none"> • S sampai saat ini masih dendam dan tidak mau berbicara kepada 3 orang sepupu S yang membantu memegangi S ketika hendak diinjeksi oleh dokter untuk yang pertama kali 	Heteroanamnesa ayah S

<ul style="list-style-type: none"> ayah S berinisiatif memandikan S dibantu oleh ibu S. S menolak dan hanya mau melepaskan pakaian bagian atasnya untuk diseka dengan air hangat. Setelah kejadian tersebut, S tidak mau bicara kepada ayah S selama hampir seminggu 	
---	--

Kesimpulan :

S merasa dekat kepada kakeknya. Hal ini terjadi karena kasih sayang yang diberikan oleh kakek S terkesan berlebih sehingga membuat S nyaman berada dekat dengan kakeknya.

S mempunyai kecenderungan untuk menyimpan rasa marahnya dalam waktu lama kepada orang-orang yang pernah membuatnya tidak nyaman karena telah memaksa S melakukan sesuatu yang tidak ingin dilakukan oleh S. S tidak mampu mengekspresikan emosi melalui cara-cara yang lebih efektif.

Aspek Kognitif

Uraian	Data
<ul style="list-style-type: none"> S merasa minder karena tidak mampu mengikuti pelajaran dengan baik, padahal saat di kelas 1 SMP prestasi sekolah S baik-baik saja S terpaksa diluluskan oleh kepala sekolah SMP S dengan pertimbangan bahwa usia S semakin tua dan S bukan anak nakal di sekolah tersebut 	Heteroanamnesa ayah S
<ul style="list-style-type: none"> prestasi sekolah S biasa-biasa saja. Setelah kelas 2 SMP, prestasi sekolah S malah semakin menurun. pihak sekolah memutuskan untuk tetap meluluskan S karena pertimbangan rasa kasihan walaupun S seharusnya tidak bisa lulus 	Heteroanamnesa adik S

Kesimpulan :

Awalnya S mempunyai kemampuan kognitif yang kurang lebih sama dengan orang lain seusianya. Hal ini dibuktikan dengan adanya prestasi sekolah yang tergolong tidak tinggi namun juga tergolong tidak rendah. Prestasi sekolah S mulai menurun ketika S berhadapan dengan sebuah masalah yang tidak mampu diselesaikannya dengan baik.

Aspek Relasi Sosial

Uraian	Data
<ul style="list-style-type: none"> • mulai menjadi pendiam ketika sekolah di SMP • Setelah lulus SMP S hanya keluar rumah ketika diminta oleh kakek S untuk menemani beliau pergi ke sawah • Tidak jarang S terlihat duduk dan tidak bergerak sama sekali, terutama bila ada tamu datang 	Heteroanamnesa nenek S
<ul style="list-style-type: none"> • S menjadi pendiam saat duduk di bangku SMP adalah karena dilarang pacaran oleh ibu S • S bergaul ke luar rumah saja tidak pernah • S menjadi pendiam dan menghindari untuk bergaul dengan teman-teman sekolahnya 	Heteroanamnesa Ibu S Heteroanamnesa ayah S
<ul style="list-style-type: none"> • S juga tidak mau menemui bahkan tidak acuh ketika seorang teman wanita S sering datang berkunjung ke rumah kakek S. • Pemeriksa mengikuti S masuk ke dalam kamar dengan maksud memberi S bingkisan, namun S hanya tertunduk tanpa sedikitpun melihat ke arah pemeriksa. Hal lain terjadi ketika suami pemeriksa yang menyerahkan bingkisan tersebut kepada S, S menerima bingkisan tersebut dan meletakkannya di atas tempat tidur 	Heteroanamnesa adik S Observasi

Kesimpulan :

Kemampuan S untuk membina relasi sosial dengan orang lain mulai menjadi lemah ketika S dilarang untuk berpacaran oleh kakek S dan ibu S. S hanya mampu menjalin relasi sosial dengan anggota keluarga intinya saja. Ketika harus berhadapan dengan orang lain di luar anggota keluarga intinya. S memerlukan waktu untuk memulai menjalin relasi sosial tersebut. S tidak mampu menjalin relasi sosial dengan orang lain yang berjenis kelamin berbeda dengan S (perempuan).

I. DINAMIKA KEPRIBADIAN

Pola asuh yang diterima S pada awal kehidupannya membuat S tumbuh menjadi pribadi yang rentan ketika harus berhadapan dengan sebuah masalah. Hal ini terjadi karena S tidak mempunyai pengalaman yang cukup untuk berhadapan dengan sebuah masalah. S lebih memilih untuk menghindari masalah dan tidak tampil untuk menghadapi masalah tersebut. Penyelesaian

masalah yang tidak efektif tersebut akhirnya membuat S mengalami depresi yang berkepanjangan dan mengalami gejala-gejala *schizophrenia*.

Predikat penderita gangguan jiwa (*schizophrenia* katatonik) yang pernah dan masih disandang S sampai saat ini sedikit banyak ikut berperan dalam membentuk kepribadian S saat ini. S yang pada awalnya cenderung menarik diri dari relasi sosial dengan orang lain di luar anggota keluarga intinya, dengan predikat tersebut saat ini S semakin kesulitan untuk memulai menjalin relasi sosial dengan orang lain di luar anggota keluarga intinya khususnya dengan orang lain yang berjenis kelamin berbeda dengan S.

J. DIAGNOSA

- AXIS I : F 20.2 Schizophrenia Katatonik (hasil diagnosa dokter)
- AXIS II : F 62.1 Perubahan kepribadian yang berlangsung lama setelah menderita gangguan jiwa.
- AXIS III : Tidak ada
- AXIS IV : Permasalahan dalam dukungan keluarga dan permasalahan dalam relasi sosial
- AXIS V : 80 – 71
- Gejala sementara dan dapat diatasi, disabilitas ringan dalam kehidupan sosial

K. PROGNOZA

S masih mempunyai prognosa yang positif, karena didukung oleh :

1. S masih mempunyai kemauan untuk menyambut kehadiran orang lain di luar anggota keluarga inti S
2. S masih mempunyai ketertarikan terhadap kejadian atau aktivitas yang memang disenangi S.
3. Nenek S memberi kesempatan kepada terapis untuk memberi intervensi kepada S